العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق



د. محمد حسن غانم





إعداد

د. محمد حسن غانم

بسم ا   الرحمن الرحيم

" وقُل اعملُوا فَسيرى ا ُ عملَكُم ورسولُه والْمؤْمِنُون "

صدق ا   العظيم

الفهرس

مقدمة

بالرغم من أهمية العلاج النفسي الجمعي إلا أن الكتابـات التي تناولته على الأقل عربيا ما زالت جد محـدودة لدرجـة الندرة، وباستثناء إشارة من هذا النوع من العلاج هنا وهناك، وما زلنا لا نجد الكتاب الذي يشفي غليل ويشبع نهم القـارئ والمتخصص إلى سبر أغوار هذا التخصص، ولعل الكتـاب الوحيد في حدود علم الباحث الذي تناول موضـوع العـلاج النفسي الجمعي هو كتاب الأستاذ الـدكتور/ لطفـي فطـيم (العلاج النفسي الجمعي، ١٩٩٤).

هذا هو الحال في العالم العربي. أما في الغـرب فهنـاك الجمعية الأمريكية للعلاج الجماعي أو العلاج السـيكودرامي (A. S. G. P. P) والتي أسسها مورينـو Moreno عـام ١٩٤٢ والتي حاولت قدر استطاعتها تحويل هذا النوع مـن العلاج إلى مهنة لها مواصفاتها، بل وخطت خطوة هامة من خلال منح شهادة للتخصص في هذا المجال منذ عام ١٩٧٥ وتم تخصيص مجلس يتولى امتحان الراغبين في ممارسة هذا النوع من العلاج وإعطاء شهادة تفيد ذلك وتعرف بـ ـ .T)

(E. P والتي تفيد أن الحاصل عليها قـد أجيـز كمـدرب وكمعلم وكممارس للعلاج الجماعي والسيكودرامي، ولا تزال تلك الجمعية تمارس عملها ولديها نشرة خاصة تصدر بصفة خاصة دورية، وتعقد مؤتمرا سنويا لمتابعة الجديد في هـذا العلاج في كثير من بلدان العالم كمـا توجـد العديـد مـن المجلات العلمية المتخصصة في العلاج النفسي الجمعي مثل:

* Group psychotherapy ; psychodrama and sociometry.
* Group: A journal of Group Dynamics and Psychotherapy
* International Journal of Group psychotherapy

وكما أن هذا العلاج يمارس في العديد مـن المستشـفيات ومراكز العلاج النفسي بشرط أن القائم بالممارسـة يكـون حاصلاً على شهادة معترف بها من قبل المجلس الأمريكـي للعلاج النفسي الجمعي والعلاج السيكودرامي. ورغم وجـود العديد من المحاولات لهذا النوع مـن العـلاج فـي مصـر وخاصة من خلال المستشفى النفسي بالمقطم للأستاذ الدكتور/ يحيى الرخاوي، والجمعية العلمية للتدريب الجماعي برئاسـة أ. د. محمد شعلان، إلا أنها محاولات فردية ولم تصل بعـد إلى حد أن تصبح ظاهرة عامة.

وعموما فقد حاولت في هذا الكتاب – المحاولة – ومـن خلال اثني عشر فصلاً أن أتناول بعض القضايا الهامة فـي مجال العلاج النفسي الجمعي.

ففي الفصل الأول تحدثنا عن الأصول التاريخية للعـلاج النفسي الجمعي **وفي الفصل الثاني** تناولت مـدخل العـلاج النفسي الجمعي من خلال الحديث عن: التعريف؛ الأنـواع؛ الأهداف؛ المزايا؛ العيوب؛ **وفي الفصل الثالث** تحـدثنا عـن بعض نظريات العلاج النفسي الجمعي حيث لابد أن يسـتند ويتكئ المعالج النفسي الجمعي على نظرية نفسية يـتم مـن خلالها التعامل مع المضطربين نفسيا، **وفي الفصـل الرابـع** تحدثنا عن: التخطيط في العلاج النفسي الجمعي من خـلال طرح العديد من القضايا التي لابد للمعالج النفسي الجمعي من ضرورة حسمها قبل البدء فعليا في العملية العلاجيـة؛ **وفـي الفصل الخامس** تحدثنا عن: الشروط الواجب توافرهـا فـي شخص المعالج النفسي الجمعـي، حيـث إن أي شـخص لا يصلح لممارسة العلاج النفسـي (سـواء أكـان فرديـا أم جماعيا) بل لابد من توافر مجموعة مـن الشـروط؛ وقـد أوردنا بعض وجهات النظر في هذا الأمر؛ مؤكـدين قـدر

الإمكان على الخصائص العامة والمشتركة التي ذكرها الكثير من رواد العلاج النفسي وأكدوا على ضرورة توافرها في شخص المعالج؛ **وفي الفصل السادس:** تناولنا نماذج من العلاج النفسي الجمعي وهو: العلاج النفسي للأسرة حيث يقتضي العلاج إدخال أسرة (بجميع أفرادها) في جلسات نفسية جماعية؛ أو إدخال عدة أسر (في الغالب أزواج) في العلاج النفسي الجمعي من حيث لابد أولاً من: تشخيص المشكلات؛ ثم اختيار الفنيات والتكنيكيات المناسبة للعلاج. **وفي الفصل السابع** تناولنا العلاج بالسيكودراما من حيث النشأة والفنيات والمحاور والأساليب النفسية التي تميزه عن غيره من أنواع العلاجات وأي الفئات الإكلينيكية يصلح معها هذا النوع من العلاج **وفي الفصل الثامن** تم تناول العلاج النفسي الجمعي للمدمنين مؤكدين على عدة حقائق:

- أن المدمنين ليسوا فئة واحدة لأن مدمن كل عقار مخدر يختلف في خصائصه وصفاته عن مدمن مخدر آخر.
- أن يكون العلاج النفسي الجمعي بفنياته المتعددة مناسبا لطبيعة المرحلة التأهيلية التي يمر بها المدمن.

- تعدد الأساليب وفنيات العلاج ولا مانع مـن التركيـز على الفنيات التي تناسب حالة الشخص (المتعـافى) من الإدمان.

وفي الفصل التاسع: تناولنا العلاج النفسـي بالموسـيقى؛ حيث تم اكتشاف تأثير الموسيقى في إحـداث العديـد مـن التغيرات في الحالة الفسـيولوجية والنفسـية بـل والعقليـة والسلوكية للشـخص؛ وأن لهـذا العـلاج رواده؛ وفنياتـه؛ ومرضاه الذين يصلح معهم العلاج أكثر مـن غيـره مـن الأساليب؛ إضافة إلى توافر خصائص معينة فـي شخصـية المعالج النفسي بالموسيقى **وفي الفصل العاشر** تناولنا العلاج بالرسم مؤكدين حقيقة أن كل ما يصدر عـن الإنسـان مـن سلوكيات (ومن بينها الرسم) لا يتم بصورة عشوائية) بل يكون محتوم المعنى والدلالة وتظل القضـية فـي: تفسـير وتحليل وفهم وتفكيك دلالات هذا (الرسم) وصـولاً إلـى المعاني الدينامية العميقة التي تصطرع داخل نفس الشخص. وفي **الفصل الحادي عشر**: تناولنا العلاج النفسـي الجمعـي بواسطة اللعب: مؤكدين على حقيقة أن اللعب وإن كان يبدو للبعض بأنه (مضيعة للوقت) وأنه سلوك (لا معنى له ولا

دلالة) إلا أن الرواد الذين تنبهوا لقيمة دلالات اللعب اكتشفوا أنه نشاط عامر بالدلالات وأنه في أمس الحاجة إلى (خبير) يكشف عن معناة وصولاً إلى أعماق وديناميات وصراعات واحتياجات الطفل (وبالمناسبة فإن اللعب لا يقتصر فقط على الأطفال؛ بل يمتد ليشمل الكبار وفقًا لنظرية أريك بيرن فإن في داخل كل منا طفل يظل متحفزا؛ ومنتظرا ومتلهفًا للخروج متى أتاح له الراشد هذه الفرصة). **وفي الفصل الثاني عشر**: تناولنا بعض الدراسات التطبيقية والخبرات الشخصية في العلاج النفسي الجمعي.

وقد دفعنا بالكتاب للنشر رغم ترددنا من أن لا نكون قد وفينا هذا التخصص حقه، لكن عذرنا، أن ميلاد أي شيء لا يكون مكتملاً، وأنه من خلال أرض الواقع والتفاعل وما سوف تسفر عنه الأيام من جديد هو الذي جعلنا نرمي بترددنا جانبا. آملين بذلك أن نكون قد ساهمنا في سد ثغرة بسيطة من بنيان هذا العلم.

وا من وراء القصد

د. محمد حسن غانم

٢٠٠٣

الفصل الأول

العلاج النفسي الجمعي نظرة تاريخية

الفصل الأول

العلاج النفسي الجمعي نظرة تاريخية

مقدمة:

ليس من السهولة بمكان الاستناد إلى تاريخ محدد نستطيع من خلاله أن نبدأ التأريخ لأي ظـاهرة مـا ونـرى أن أي ظاهرة ما لا بد أن يكون لها تاريخ: تاريخ رسـمي، تـاريخ غير رسمي. فمثلاً يؤرخ ببداية العلاج النفسي الجمعي إلـى عام ١٩٠٥ وتحديـدا إلـى جوزيـف " هيرسـي بـرات " (Joseph Hersey Pratt)، بيد أننا نرى أنـه لا يمكـن الاستناد إلى هذا التاريخ ونقول ونحـن مطمئنـون إلـى أن العلاج النفسي الجمعي قد بدأ بداية تطبيقية عملية على يد هذا الرجل في نفس هذا التوقيت.

ولعل الأقرب إلى الواقع أن نقول إنه لا يوجد تاريخ محدد يمكن الرجوع إليه بشأن متى بدأ العلاج النفسي الجمعي ومع ذلك فإننا نتفق مع ما أورده " كيـف مـان " (Kauf man 1980) " بأن أي فهم للتاريخ الذي بدأت فيه وسائل البحـث لن يكون إلا تاريخ الممارسة المهنية لأي عمل ما ".

لكن ذلك لا يمنعنا من إثارة تساؤل هام: ترى من الذي قام بمهمة علاج الأمراض النفسـية خـلال العصـور السـابقة (والتي سبقت ١٩٠٥)؟. من الذي تصدى لعلاج الآلاف من البشر الذين عانوا من الأمراض السيكوسوماتية أو العصابية أو الذهانية وغيرها من الأمراض والانحرافات السلوكية؟

لا شك أن كل جماعة إنسانية قد خلقـت وأبـدعت بـل وابتكرت في ثقافتها العديد من الطرق والأساليب التي تكفـل لها سد حاجاتها ومواجهة احتياجات الآخرين في علاج هؤلاء الناس. ولذا فقد ظهر العرافون والمنجمون والسحرة والكهنة على مر العصور – وما زالوا حتى الآن يـؤدون أعمـالهم رغم الطفرة العلمية الهائلة ـ أنهـم المعـالجون النفسـيون الشعبيون والذين يقومون بتلك المهمة وربما يجـدوا الـدعم والمساندة من قبل الثقافة الفرعية (أحمد عكاشـة: ١٩٩٨، ١٣ – ٢٧).

كما ظهرت في كل العقائد أفكار وأساليب مختلفة لعـلاج هؤلاء الذين مستهم الجن أو تلبستهم الشياطين. لقـد خلقـت الجماعات والثقافات على مر العصـور أسـاليب التـدعيم والاطمئنان وعلاج اضطرابات السلوك الملائمـة لظروفهـا

وزمانها. وكان حكماء وفلاسفة العصـور القديمـة علمـاء ومنجمون وأطباء وجغرافيون مـداوين للنفـوس والأجسـام باستخدام القانون والموسيقى وغير ذلك لأن مفهـوم الثقافـة حين ذاك كان مفهوما شاملاً.

ولقد كان هؤلاء جميعا الأجداد والرواد والجـذور التـي انبثق منها العلاج النفسي المعاصر بكل صوره وأشكاله. وما المعالج النفسي إلا شخص يقـدم فـي اللحظـات الحرجـة والمواقف العصبية العلاج الشافي الذي تـؤمن بـه الثقافـة المحيطة.

ولسنا في حاجة إلى التأكيد على دور الثقافـة المحيطـة وإصابة الفرد بالعديد من الأمراض أو في دورها في كبـت وكف العديد من السلوكيات، كما أنها تساهم أيضا في خلـق إمكانيات علاجية هائلة لإشباع الرغبات العميقة لأعضـائها، وكذا منحهم الشقاء أو الاضطرابات. (لطفي فطيم، ١٩٩٤، ٣٩).

ولذا فإننا سوف نعتمد في عرضنا للأصـول التأريخيـة للعلاج النفسي الجمعي على محورين هما:

المحور الأول: العلاج النفسي الجمعي/ الشعبي غير الرسمي.

المحور الثاني: العلاج النفسي الجمعي/ الرسمي.

المحور الأول: العلاج النفسي الجمعي/ الشعبي غير الرسمي

إن جذور العلاج النفسي الجمعي يمكن تتبعها إلـى آلاف السنين من المعالج الأول عندما كان هذا المعالج هو كاهن أو عراف القبيلة. وكان هو المسئول عن عودة الأرواح الهاربة أو المفقودة – وكذلك عن شفاء الأرواح المريضة واستئصال الأرواح الشريرة التي تتلبس الجسم وشـفاء الأجسـام مـن المرض.

ومن أهم عناصر ممارسة الطقوس الكهنوتية هو إعـادة تمثيل المأساة الأصلية التي تسببت في فقدان الروح أو تلبس الجسد بروح شريرة والتي عن طريقها نشأ المرض.

وكانت الطقوس المختلفة التي يقوم بهـا الكـاهن داخـل المجتمع تتخذ وضعا هاما في حياة المجتمعات البدائية. ولـم يكن الكاهن يعمل وحده بل كان يساعده آخرون هؤلاء الذين يلعبون أدوار الجن والعفاريت والأرواح الشريرة، بل وكذلك أدوار الآلهة أو من يمثلهم على الأرض والذين يعملون على طرد الشر وإعادة الروح الطيبة مرة أخـرى إلـى الجسـد. (فرج الهوني: ١٩٨٦، ١٥).

ولقد تبوأ رجل الطب مكانته كمعالج للجسد والروح منـذ أكثر من خمسة آلاف سنة، ومنذ ظهور الممالك الأولى على وجه الأرض، وحتى هذا الوقت فإن التقسيم – والذي ما زال موجودا حتى اليوم – ما بين الروح والجسد، وما بين الطبيب والكاهن قد بدأ في الظهور.

ومع ذلك فمع بداية الفصل بين دور الطبيب وبـين دور الكاهن فإن هذا الفصل قد أثر أولاً علـى المعـالج فأصـبح الكاهن هو الشخص الأقوى والأكثر احترامـا بينمـا كـان الطبيب البدائي الأول معالجا مهنيا فقط أي لم يكن حاذقًـا أو ماهرا ولم يكن مبجلاً ومحترما مثل الكـاهن، كانـت كفـة الميزان راجحة دوما تجاه المعالج الروحي، ومن الطريف أن الطبيب لم يكن يمثل مهنة محترمة أو مبجلة حتـى بـدايات العصر الحديث.

ويمكن تتبع بدايات العلاج النفسي الجمعي عند الإغريق. إذا كانت معاهد ومدارس الفلاسفة الإغريق القدماء مظهـرا آخر من مظاهر التراث السيكودرامي المهني، وكـان كـل عضو في المدرسة يقوم بعدة أدوار متنوعة؛ فـاليوم كاتـب وغدا طباخ، وبعد غد نجار، وهكذا ولا شك أن المرور بهذه

الأدوار المتعددة يفيد الطالب في القيام بالدور لذا فإن بدايات العـلاج النفسـي السـيكودرامي بـدأت بهـذه الأدوار. (عبد الرحمن العيسوي، ب. ت، ١ – ٢).

كما كانت معابد الأحلام اليونانيـة نموذجـا للتصـورات العلاجية الأولى حيث كان تشخيص الأحاسيس الداخلية أحـد الدعائم الأساسية للعلاج عند قدماء الإغريق، وكما يقول س. م ماير C. M. Meier المحلل اليونجي الشـهير " عنـدما يصبح الإحساس الداخلي بالأمراض عرضا بـدنيا ظاهريـا ويعبر من نفسه في شكل ظواهر وأعراض مرضية هنا تبدأ العملية العلاجية ". وكانت معابد الأحلام تقدم نموذجا لهـذا التصور حيث كان التشخيص للأحاسيس الداخلية هـو أحـد الدعائم الأساسية للعلاج السيكودرامي أيضا.

ومع اضمحلال الحضارة اليونانية ثم الرومانيـة بـدأت الديانة المسيحية في الظهور وكانت تدعو إلى تطهير الروح وعلاجها واستعمال الاعتراف وقراءة التعاويذ كأدلة علاجية. وكانت تطلب من الشخص أن يمثل أسباب المرض من أجل علاجه بأحد الأساليب العلاجية الشائعة بين قارئ التعاويذ في الكنائس. ومع أن قارئ التعاويذ لم يكن يساعده أحد عـادة،

فإنه كان يتصف بالإبداع والنشـاط والتلقائيـة حيـث كـان يستطيع التعامل مباشرة مع الروح الشريرة كي يطردها وفي أحيان كثيرة كان يؤدي ويلعب الدور المعاكس مـع الـروح الشريرة حيث يؤدي دوره كقارئ للتعاويذ ثـم يلعـب دور الروح الشريرة وهكذا.

(Ellenbrgre , 1970)

كما ظهر السحر وكان العلاج بالسحر منتشرا بين قـراء التعاويذ وطاردوا الأرواح. وكان السحر نظامـا موصـوفا يمكن من خلاله إسقاط الكثير من مظاهر الحياة الاجتماعيـة وتضمينها في شكل واقعي ملموس حيـث السـاحر يعطـي معاني للجمادات " يكلم الكرسي مثلاً ويدخل معه في حوار " والمائدة والأرض وكافة الجمادات المحيطة بالكائن الإنسـان وكان يعبر عن معان حقيقية للحياة الاجتماعية. كان معناهـا النفسي واضحا.

(محمد رياض، ١٩٩٤، ٤)

أو كما يقول ستار – Starr 1997 " لقد مارسوا المواقف الاجتماعية الصعبة في صور إسقاطية ورمزية متعددة مـن خلال طقوسهم السحرية كما تمارس على خشـبة المسـرح الآن، والأمثلة كثيرة لهذه الممارسات العلاجية ولا تسـتخدم

فنيات كثيرة وكانت تؤتي ثمارها ونتائجهـا حتـى وإن لـم تندرج تحت الإطار الرسمي للممارسات العلاجية وقت ذاك. (Star , 1997).

وسنكتفي في ذلك بالعديد من الأمثلة لبيـان الممارسـات العلاجية/ الجمعية غير الرسمية.

الواقعة الأولى:

" ذبح شيخ أحد القبائل، وشك في خمسة رجال كـان قـد أصابهم ضرر في الماضي منه. ولاكتشـاف المـذنب قـام الطبيب العراف Witch بعمل احتفال كبيـر وسـط دقـات الطبول المنتظمة، وأخذ التوتر يظهر لدى الرجال الذين وقفوا أمام القبيلة وظهورهم للنهر. وقد وضع العراف خمسة أكوام من الأرز أمامهم. وأخذ يخطب عن الظلم والجور Iniquity الذي وقع باغتيال رئيس القبيلة وعن السحر الـذي يكشـف القاتل المغتال. فالشخص المذنب لا يستطيع بلع الأرز، وغير المذنب سيأكل الأرز دون صعوبة.

واستطرد العراف بسرد مزايا طريقته هـذه فـي كشـفه لمجرمين اعترفوا من قبل، ثم قام بعرض أطباق الأرز على المتهمين بطريقة مسـرحية، وقـال انظـر Look وشـاهد

Behold فتقدم أربعة منهم لأكل الأرز دون أن يظهر عليهم علامات خارجية للسرور أو الرعب. أما الخـامس فبوجـه ترابي as Henface وبصعوبة وقف على رجلين مرتعدتين، وأخذ يحرك فكيه وبلا جدوى حاول ابتلاع بعـض حبـات الأرز دون نجاح واعترف بقتل رئيس القبيلـة " (محمـود السيد أبو النيل، ١٩٨٤، ١٦).

وهنا نجد كيف أن العراف استطاع باستخدام طرق عـدة أهمها الإيحاء والمسرحة (هي ميكانيزم، يدخل ضمن إطار العلاج بالسيكودراما) أن يجعل المجرم الحقيقـي يعتـرف بجريمته وسط أعضاء وأفراد القبيلة، وعلاج للفـرد داخـل الجماعة.

ويذكرنا ذلك بطقوس القائم " بالبشعة " حين يذهب إليه – في الغالب المتخاصمان على شيء ما حيث يتهم طرف طرقًا آخر بالسرقة مثلاً أو ارتكاب فعل مخالف للأعراف والعادات الاجتماعية.

فيقوم " صاحب البشعة " بإحماء " طاسة " إلـى درجـة الاحمرار الشديد، ثم ينفرد بالطرف المشكوك فيه محاولاً معه إن كان قد قام بهذا الفعل أن يتراجع لأن النار واللهب الـذي

تحمله الطاسة سيجعل لسانه ووجهه يحتـرق إلـى درجـة التشوه، وبدلاً من كشف نفسه أمام الحضور – إذا تراجع ـ يستطيع هو أن " يسوى " الموضوع بصورة ودية وهكذا فإن الموقف يتحدد. وكما شاهد – كاتب هذه السـطور بنفسـه – فإن الإيحاء يعمل عمله الشديد، في ذلك. فالشخص الذي لـم يقم بالفعل يتقدم بكل ثبات ويلعق " الطاسة شديدة التـوهج " دون أن يظهر على لسانه أو شفتيه أي شيء. علـى عكـس الشخص المتهم فعلاً إذ نجد خطواته متبعثرة، ووجهه قد بدأ يأخذ شكل الاصفرار، وقدماه لا تقويا على حمله، ثم يتـردد حين تقترب منه الطاسة، فإذا لعق صرخ وظهرت " فأفـآت على لسانه " وأحيانًا يتشوه أجزاء من وجهه وخاصة شفتيه. وهنا لا يجد مفرا سوى الاعتراف أمام الجميع أنه هو الـذي سرق هذا الشيء أو ارتكب هذه الجريمة.

واضح هنا أيضا طقوس العلاج النفسي الجمعي دون تأثير أعضاء الجماعة أو التي يمثلها القائم بالبشعة مثلاً أو عراف " في احتواء الفرد وجره مرة أخرى إلـى حظيـرة التقاليـد والقيم.

الواقعة الثانية:

جاء في كتاب ابن سينا " الأصل والعودة " عـام ٩٨٠ م واقعة علاج؛ إذ كانت مريضة تعمل جارية في بلاط المـلك وكانت منحنية لأسفل لحمل الأكـواب والأطبـاق فأصـيبت بروماتزم مفاجئ في المفاصل وصارت غير قادرة على أخذ الوضع الطبيعي ولم يستطع أطباء الملك حيالها شيئًا فرجحوا العلاج النفسي، وجعل ابن سينا انفعال الخجل أحد مساعداته، وبدأ يرفع ملابسها بادئا بالبرقع حتى الخمار وهكذا فأنتج ذلك وهجا من الحرارة أوقفت المزاج الروماتيزمي Dissolved the rheumatic hwaum ووقفت المريضة معتدلة كاملـة العلاج. (محمود السيد أبو النيل، ١٩٨٤ ١٧).

ووضح هنا استخدام فنيات الإيحاء واسـتثارة انفعـالات مرتبطة بخبرات معينة، والفطنة السليمة من خـلال الـوعي السليم لطبيعة العلاقة بين الروح والجسد ونكتفي بذكر هـذه الوقائع التي تشير إلى مدى انتشار العلاج النفسـي الجمعـي غير الرسمي منذ عصور موغلة في القدم، بل ولا نبـالغ إذا قلنا: إن أصوله وممارساته ما زالت موجودة حتى الآن.

المحور الثاني: العلاج النفسي الجمعي/ الرسمي

" لقد نشأ العلاج النفسي الجمعي في بدايته نشـأة عمليـة تطبيقية. ففي أوائل القرن العشرين كـان " بـرات " يعـالج مرضى السل، وكان السل وقتئـذ يعتبـر مرضـا جسـميا واجتماعيا، وفي ربيع ١٩٠٥ وضع خطة لمعالجة السل فـي بيوت المرضى الفقراء وأطلق على هذا التنظـيم " فصـول علاج السل ".

وكانت فصول برات تتكون من خمسة عشر إلى عشرين عضوا يحمل كل عضو منهم كراسة يسجل فيهـا مختلـف المؤشرات الحيوية. وكان " برات " يلقي المحاضـرات فـي هذه الفصول عن أهمية فترات الراحة خـلال اليـوم متبعـا طريقة تشجيعية وتدعيميه. لم تكن لبـرات علاقـة كبيـرة بالأطباء النفسيين في أيامـه، فقـد كـانوا مشـغولين عنـه بالحصول بالاعتراف بتخصصهم ولقد دارت حول " برات " وفصوله ومصادر تمويله نزاعات مختلفة نتيجة اتهام بعـض الأطباء النفسيين في ذلك الوقت لها بأنها تعـالج المرضـى العقليين.

ولم يكن برات على وعي بالآثار السيكولوجية لمرضى السل. ولكنه فيما بعد ومن خلال عمله مع أصحاب الأمراض السيكوسوماتية اعترف بأنه تأثر بأعمال الطبيب الباطني الفرنسي " جوزيف جول ديجرين Joseph Gules Dejerine " وكان هذا الطبيب من الرواد في علاج العصاب النفسي.

ويبدو أن العلاج الجمعي الذي يعتمد على الاستهواء وإعادة التعلم. وكان برات عام ١٩١٣ قد قابل الدكتور " إيزادور كوريات Isadore Coriat " الذي مدح له كثيرا في كتاب ديجيرين، واتبع برات تعاليم ديجرين الأساسية فيما بعد داخل جماعاته العلاجية.

وكان برات قبل عام ١٩١٧ قد نشر خمس دراسات تصف تجربته مع فصول مرضى السل، وبعد ذلك، عندما أدرك المغزى العميق لتجربته، ظهرت في كتاباته فيما بعد ١٩٤٦، ١٩٥٣ مدى ازدياد وعيه بالديناميات السيكولوجية ويمكن اعتبار برات الأب الشرعي لحركة التوجيه في العلاج النفسي الجمعي، وتجدر الإشارة هنا إلى أن برات لم يعتبر نفسه يوما معالجا نفسيا. بل كان كل ما يأمل فيه هو التغلب

على انخفاض معنويات مرضاه وتشاؤمهم وأن يـزرع فـي نفوسهم الثقة بالنفس (Strupp of Howard , 1992 , p: 309 – 335)

وقد بدأ بعض الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة كـل بمفرده في استخدام الأسلوب الجمعي مع المرضى. ولم تنشر نتائج تلك التجارب إلا بعد الحرب العالمية الأولى في أوائـل الثلاثينيات. وكان " Lazell " من أوائـل الـذين وصـفوا تجربتهم في العلاج الجمعي مع الفصاميين فنشر مقالاً عـام ١٩٢٣ جاء فيه أن للطريقة الجمعية مزايا كثيرة وأنهـا أدت إلى نتائج جيدة. فقد أصبح المرضى أكثر اجتماعية، وقلـت مخاوفهم من الموت كما قلت مشاكلهم الجنسية، وزال تخوفهم من المعالج. كما أن المرضى الـذين شـاركوا فـي تلـك الجماعات رغم ما بدا عليهم من تشاغل وانصـراف وعـوا جيدا ما دار في الجلسات. وكان علاج " لازيل " يتكون مـن إلقاء المحاضرات على الجماعة وإدارة مناقشات جماعية.

وبعد نشر مقال " لازيل " بعشر سنوات، نشـر الطبيـب النفسي " كودي مارش Cody Marsh " مقالاً وصف فيـه بالتفصيل طريقته في العلاج الجمعي، وكان مـارش قسيسـا درس الطب النفسي. وكان يلقي محاضرات أثـرت تـأثيرا

عظيما في جمهوره في المستشفى الذي كان يعمل به. وكان يستخدم أسلوبا دينيا موحيا بالإضافة إلى إلقاء المحاضـرات، وعقد فصولاً عن الفن والموسيقى. وكان أسلوبه مختلفًا عـن الأسلوب التعليمي الذي استخدمه " لازيل ".

(Lynn & Fravman, 1985 p: 419)

ولم يكن الأمريكيون فـي ذلـك الوقـت علـى درايـة بالتطورات التي تحدث في أوروبا في مجال العلاج النفسي. وكانت نظريات " فرويد " غير معروفة إلا للقلة ولم تعـرف على نطاق واسع إلا عندما دعاه ١٩٠٩ المربي الأمريكـي العظيم " ستانلي هول "، وكان مديرا لجامعة كلارك، لإلقـاء محاضرات عن عمله الجديد.

ولكن الذي ينسب إليه فضل الريادة في العـلاج النفسـي الجمعي هو " ألفريد أدلر " وكان تلميذًا لفرويد أنشـق عليـه واعتنق المذهب الاشتراكي وأنشأ بسبب اهتمامـه بالطبقـة العاملة مراكز للإرشاد تستخدم الأساليب الجمعية في عـلاج المرضى. وجاء في بعض المراجع أن المعالجين النفسـيين في ألمانيا والنمسا وروسيا والدانمارك قد لجئوا إلى استخدام الأساليب الجمعية مع المرضى قبل عام ١٩٣٠.

وقد سبق أن أشرنا إلى علاقة العلاج النفسي بشكل عـام بالثقافة التي يمارس فيها. ومن الواضح أن الولايات المتحدة في ذلك الوقت كانت أرضا خصبة لبذرة العـلاج الجمعـي. وكما نعلم فقد نشأ التحليل النفسي في بيئة تتكون من النخبـة المثقفة الثرية في فيينا. أما آدلر فكان اشتراكيا مهتما بمشاكل الطبقة العاملة، وحاول تعديل أسلوب العلاج الفردي بحيـث تستفيد منه جماعات أكبر من الناس منطلقًا من "عقدة النقص" التي تدفع بالشخص إلى البحث عن الكمال.

وقد أنشأ عددا مـن العيـادات والتحـق بهـا المربـون والاشتراكيون وغيرهم ليقدموا فيها خدماتهم للناس. وعلـى أي حال فلا يبدوا أن هذه الجهود الأوروبية قد وصلت إلـى الولايات المتحدة الأمريكية. وقد زعم " جـاكوب مورينـو Jacob Moreno " أنه استخدم العلاج الجمعي عام ١٩١٠، وأنه قد صك مصطلح العلاج النفسي الجمعي عام ١٩٣٢.

وكان مورينو طبيبا نمساويا هاجر إلى الولايات المتحـدة عام ١٩٢٥، وكان قبل ذلك يستخدم الأساليب الجمعيـة فـي فينيا. وقد عرض أساليبه في مؤتمر عقدته رابطـة الأطبـاء النفسـيين الأمـريكيين. وأسـس عـام ١٩٣١ أول مجلـة

متخصصة في العلاج الجمعي. ثم توقفت هذه المجلة. وفـي عام ١٩٣٧ أسـس مجلـة جديـدة هـي " السوسـيومتري Sociometry " وظل يرأس تحريرها لمدة ثمانيـة عشـر عاما. وفي عام ١٩٤٤ أصبحت المجلة تصدر تحت إشراف الرابطة الاجتماعية الأمريكية وهي الآن مجلة مخصصة لعلم النفس الاجتماعي.

(Fin. Leon , 1959 , p: 129)

وفي عام ١٩٤٧ بدأ مورينو في نشر مجلة جديدة هـي " الطب النفسي الاجتماعي "، ثم غير عنوانها بعد ذلك ليصبح " العلاج النفسي الجمعي " وما زالـت تصـدر حتـى الآن. ويرتبط اسم مورينو أساسا بالسـيكودراما Psychodrama التي أدخلها إلى الولايات المتحدة عام ١٩٢٥، وهو يعـرف السيكودراما بأنها: " العلم الذي يستكشف الحقيقـة بأسـاليب مسرحية (درامية). وتستخدم الطريقة السيكودرامية خمسة أدوات هي: - المسرح، والممثـل الرئيسـي أو المـريض، والمخرج، والممثلون المساعدون الذين يسميهم: الشخصيات الإضافية، وجمهور المتفرجين.

(أحمد خيري، ١٩٨٨، ٦٢)

ويوفر المسرح للمريض فرصة التعبير عن نفسه بحرية، وأن يكون على سجيته فيستطيع أن يمثل دورا، أو ينفذ في الواقع خبرة أو مشهد سابقًا، أو يعرض مشكلة. أما المخرج فيقوم بدور المنتج والمعالج والمحلل إذ يجب عليه أن يبقى الممثل في تجاوب واتصال مع الجمهور وأن يظل على صلة بالمريض ويقوم بالتفسير.

أما الذوات أو الشخصيات الإضافية فهي امتداد للمخرج، وتصور أو ترسم الأشخاص الحقيقيين أو الوهميين في حياة المريض الدرامية. أما جمهور المشاهدين فهم بمثابة الرأي العام. وقد يرى في المشكلة التي يعرضها المريض على صورة من مشاكله وتفاعلاته مع الآخرين.

وقد استخدم " لويس فندر Louis Wender " مفاهيم التحليل النفسي عندما مارس العلاج الجمعي مع مرضى من فئة " بين بين " في إحدى مستشفيات الأمراض العقلية، وقد بدأ عمله ١٩٢٠، ونشر نتائجه عام ١٩٣٥. وقد وصف دراسته بأنها تنتمي إلى مدرسة التحليل النفسي ولكنها تتميز عن أعمال الآخرين الذين استخدموا أساليب تربوية وتوجيهيه.

كما ميز أساوبه أيضا عن أسلوب محال نفسي آخر نادى بالعلاج الجمعي، وهو " تريجانت بارو Trigant Burrow " مستخدما أساليب التحليل النفسي محاولا تطورها لتتناسب مع مرضاه والمنحدرين من ثقافات متباينة ...

وقال بان: إن ما يقوم به " بارو " هو تحليل جمعي يتم في الهواء الطلق أو فـي الخـلاء ويحمـل بصـمات فلسـفية وسوسيولوجية واضحة. أما العلاج النفسي الجمعي كما يراه فهو طريقة تستخدم داخل أماكن مغلقة لعلاج أنواع معينة من الأمراض العقلية البسيطة. وقال بان: إن خبرته تدل على أن العلاج النفسي لا يصلح إلا لعلاج الاضطرابات التي تحتوي على درجة ما من الوجدان ولا يشوبها اختلال فـي القـوى العقلية.

وكانت الجماعات التي عالجها " فندر " تتكون مـن سـتة إلى ثمانية مرضى من نفس الجنس يلتقون به مرتين أو ثلاثة كل أسبوع في جلسة تستغرق ساعة واحـدة. وكـان يحبـذ العلاج المزدوج بحيث يرى المريض فـي جلسـات عـلاج فردي أيضا. وكتب عن ظاهرة الطرح التـي تحـدث فـي الجماعة، واعتقد أنه باستخدام العلاج النفسي الجمعي يمكـن

إعادة تنظيم جزئي لشخصية المريض، وأن الجماعة تمثـل للمريض أسرته على الأرجح، بينما يكـون المعـالج رمـزا للأب، وبقية المرضى يمثلون الأشقاء.

وفي عام ١٩٣٤ استخدم " بول شيلدر Paul Schilder " مفاهيم التحليل النفسي في تجربة العلاج الجمعي. وقد أجرى تلك التجربة مع خمسين مريضا في العيادة الخارجية للطـب النفسي في مستشفى بلفيو في مدينة نيويورك وعرض نتـائج دراسته في الاجتماع السـنوي لرابطـة الأطبـاء النفسـيين الأمريكيين، ونشرت عام ١٩٣٩.

(Masserman & Movino , 1958 , p: 19)

ولقد تأثر " شـيلدر " بكتـاب " فرويـد " المعـروف " سيكولوجية الجماعة وتحليل الأنا " وفي ذلك الكتاب النظري لاحظ " فرويد " أن الروابط والتيارات الوجدانية هي الأساس الذي تقوم عليه معظم الجماعات، حتى تلك التي لا يقودهـا قائد، وإنما تحركها أفكار مجردة. كما لاحـظ " فرويـد " أن تماسك الجماعة ينبع من عملية توحد أعضاء الجماعـة مـع القائد.

ولاحظ أن وجود الصراعات والمشكلات بـين أعضـاء الجماعة لا ينشأ فقط من الغيرة والمنافسة وإنما أيضـا مـن

المشاعر الدافئة التي يحملونها لبعضهم البعض. وقد تأثر فرويد في كتابه هذا بعالم الاجتماع الفرنسي " جوستاف لوبون " الذي اعتبر كائنًا متميزا يعلو على الأفراد المكونين لها.

وقد ألح " فرويد " على أن صلة أفراد الجماعة ببعضهم البعض إنما تنشأ من خلال ارتباطهم المشترك بالقائد. ووصف القائد بأنه يمثل الصورة الوالدية، وخالفه بعض المحللين النفسيين في ذلك ومنهم " شيلدر " الذي اعتبر أن قائد الجماعة هو أم أو أب في نفس الآن وإن كان الاتفاق والاختلاف لا ينصب على مسلمات التحليل النفسي من قبيل: التوحد، الإسقاط، الطرح، الطرح المضاد وهكذا.

لكن " تريجانت بارو " فقد استخدم مصطلح تحليل الجماعة Group Analysis منذ عام ١٩٢٥، ولم ينل " بارو " اهتماما في ذلك الوقت رغم أنه كان مفكرا من الطراز الأول. ويذكر " أوبرندورف Oberndorf " في كتابه " تاريخ التحليل النفسي في الولايات المتحدة" أن بارو كان من بين أعظم أربعة قدموا إسهامات أصيلة أضيفت إلى التحليل النفسي فيما قبل عام ١٩٢٠.

اقتحم " صمويل سلافسـون Samuel Salvson " عـام ١٩٣٠ ميدان العمل الجماعي والتربية الجماعية. وهو فـي الأساس كان يعمل مهندسا بدأ نشاطه بالعمل فـي جماعـات العلاج بالنشاط في إحدى المؤسسات الغربيـة. وتصـوراته خليط من العمل الجمعي والتربية الحديثة ونظريـة التحليـل النفسي الكلاسيكية. وكان العلاج من خلال جماعات النشـاط (لعلاج الأطفال والمراهقين) يركز على تفعيـل Acting out الصراعات والدفعات وأنماط السلوك داخل الجماعة أي وضعها موضع التنفيذ. أما دور المعالج فهو التقبل والتسامح خلال التفاعل مع المرضى بعضهم البعض.

وقرب نهاية الحرب العالمية الثانية أصبح العلاج النفسـي الجمعي واسع الانتشار. وقد نما بصورة هائلة خلال الحرب نتيجة لنقص الأيدي العاملة المدربة وازدياد عدد المرضـى النفسيين. وبذلت جهود قويه لاكتشاف أشكال أحدث وأقصـر من أساليب العلاج. وأصبح مناخ الطب النفسي أكثر تحـررا وتقبلاً للتجديد. وقدمت كل مدارس العلاج بالتحليل النفسـي التي تنتمي إلى فرويد وهورني وسوليفان ومسـاهماتها فـي

العلاج النفسي الجمعي ابتداء من عام ١٩٤٥ وأنه قد لا يخلو شيء من خير.

وفي هذا الوقت لم يكن كارل روجرز في بدايـة أمـره مهتما اهتماما مباشرا بالعلاج النفسي الجمعي إلا أنـه كـان يشجع تلاميذه الذين يتبعون طريقة العلاج النفسي " المتمركز حول العميـل Client – Centered – Psychotherapy ليطبقوا أساليبه على الجماعـات. وفـي عـام ١٩٤٢ قـدم روجرز عرضا شاملاً لآرائه في الإرشاد النفسي والعـلاج. وكان يرى عندئذ أن العلاج الجمعي هو الاسم الذي يطلـق على محاولة ترجمة مبادئ العلاج الفردي إلـى إجـراءات جمعية تستند استنادا كبيرا إلى أساليب اللعب.

ويبدو أن آراءه عن العلاج الجمعي في ذلك الوقت كانت تستند إلى ما يعرفه عن جماعات سلافسون العلاجية القائمـة على النشاط. وقد عاش روجرز طويلاً وظل حتى وفاته في الثمانينيات من أبرز الشخصيات في عالم العـلاج النفسـي والإرشاد، وهو صاحب نظرية العلاج المتمركز حول الذات، وتقسيماتها الأربعة للذات.

ومع انتهاء الحرب العالمية الثانية بدأ تلامذة روجرز في استخدم العلاج النفسي الجمعي مع الراشدين. وكانت جهودهم تنصب في اتجاه التفاعل مع أعضاء الجماعة بدلاً من التوجه إلى الاستبصار كما تراه مدرسة التحليل النفسي. وتعمل كافة الاتجاهات العلاجية بما فيها العلاج المتمركز حول العميـل لروجرز وغيرها من النظريات على حل المواقف الصراعية على المستوى الشعوري. أن العون الذي يمكـن أن تقدمـه يكون له أكبر فائدة إذا توجه إلى المشكلة التي يعـاني منهـا الفرد أو الجماعة، كما أن الفرد لديه القدرة على علاج نفسه بنفسه إذا توفر له جو آمن مطمئن يستطيع أن ينـاقش فيـه مشاكله وأن العلاج النفسي للذات وسيلة فعالة، وإن كان ذلك يتطلب وعيا من الفرد بالعديد من الحقائق النفسية.

لذلك فإن المعالج النفسي لابد أن تتوافر فـي شخصـيته العديد من الصفات مثل التسامح والقبول. وهذا النـوع مـن العلاج هو ما يطلق عليه روجرز العلاج اللا توجيهي non Directive حيث يتحمل المريض المسئولية كاملة في إدارة العلاج النفسي أو لابد أن يكون واعيا بذلك ومنذ البداية.

وأن العلاج مركز على السلوك الراهن مع حث العميـل على مجابهة مدركاته الحالية والتي يجـب أن تقـوده إلـى وضوح الرؤية بشأن نفسه مع الاعتقـاد بـأن الاضـطراب الانفعالي ينشأ نتيجة للتهديدات الموجهة إلى صورة الـذات، وهل صورة الذات مطابقة لما يدركها الشخص عن ذاتـه أم أن هناك فجوة؟

دار هدف جميع المدارس العلاجية حول الاهتمام بالعـالم الداخلي للمريض ومن خلال علاقة تتخذ محـورا لهـا هـو تغيير الشخصية. ولذا لا تعد الإرشاد النفسي وسيلة لعـلاج المضطربين نفسيا، إذ لا يبذل في الإرشاد النفسي أي جهـد لاكتشاف أعماق النفس. أما العلاج بالتحليل النفسي فإنه يتجه إلى التعرف على الجوانب المرضية والتي فجرت الصـراع داخل الشخص.

(Tuttman , 1991 , p: 89 – 92)

ولقد وصلت إلى الولايات المتحدة بعد الحـرب العالميـة الثانية أنباء الأطباء الإنجليز الـذين اسـتخدموا الأسـاليب الجمعية. فكان منهم " بيرر Bierer " الذي نظم جماعات من المرضى مستخدما أفكار " آدلر " كأسـاس لعملـه، وكـذلك " فولكس Foulkes " الذي استخدم أساليب التحليل النفسـي

في عمله مع الجماعات والذي أنشأ نظرية خاصة بـه فـي العلاج الجمعي نبذ فيها فكرتين من الأفكـار الشـائعة فـي التحليل النفسي.

الفكرة الأولى:

هي فكرة فرويد عن وجود دافعين أساسيين لدى الفرد هما غرائز الحياة " إيروس Eros " وغرائز الموت " ثانـاتوس Thanatos " واللتان يعبر عنهما في الجماعة على أسـاس الصراع بين قوى البناء وقوى الهدم. فالقوى التي تجمع بين الأفراد ليعملوا سويا في جماعات هي المستمدة من غرائـز الحياة، بينما تكون القوى التي تؤدي إلى الخوف ومن ثم إلى تفكك بناء الجماعة مستمدة من غرائز الموت.

الفكرة الثانية:

التي رفضها فولكس هي وجود ما يسمى بغريزة القطيـع كشيء مستقل يفرض نفسه على الجماعة ويؤدي إلى السلوك الذي نشاهده لدى أعضائها. فهو يعتقد اعتقادا جازمـا بـأن الجماعة الأساس الذي يسبق وجود الفرد، لأنها تحدد المعايير التي يلتزم بها الأفراد لكنهم يتمردون عليها. والجماعة فـي رأيه تميل إلى أن تعبر عن فكرة مشتركة بين أعضائها كمـا

لو كانت كائنًا حيا يعبر عن نفسه بطرق مختلفة من خـلال أفواه متعددة ورغبات متصارعة تقود في نهاية الأمـر إلـى بلورة ما هو مشترك بين أعضاء هذه الجماعة – بل يمكـن للفرد أن (يتنازل) عن بعض رغباته من أجـل اسـتمرار انتمائه للجماعة.

إلا أن تصورات فولكس لم تجد صدى لها في التطبيق في العلاج الجمعي في الولايات المتحدة. والكثير مـن أفكـاره مستمد من نظرية " الجشطالات – " الكل أكبر مـن مجمـوع الأجزاء. وفـي انجلتـرا نشـط كـل مـن " سـوزرلاند Sutherland " و" إزريل Ezriel " في عملية العلاج النفسي الجمعي وكانت طريقتهما تعتمد علـى قاعـدة " هنـا والآن Here and Now " في تفسير الطرح الحادث بين الجماعة والمعالج.

كما قـدم " جوليـوس ميـري Jlius Merry " العـلاج الجمعي الإثاري Excitatory group وهي طريقة تقصـد إلى إثارة التوتر والعدوان والقلق داخل الجلسة، فتثير جـوا من التوتر الانفعالي يقود في نهاية الأمر إلى زيادة القابليـة

للاستهواء لدى المرضى مما يؤدي إلـى حـدوث تغيـرات إيجابية لدى المريض تقود إلى حدوث تغير في اتجاهاته.

ويعتبر " ويلفريد بيـون Wilfred Bion " مـن أشـهر المحللين الإنجليز الذين تركوا بصمات واضحة فـي مسـألة العلاج النفسي الجمعي وديناميات الجماعة فقد قدم سلسلة من الافتراضات المركبة والمعقدة بشأن العمليات التي اعتقد أنها توجد لدى كافة الجماعات وهذه العمليات منها مـا هـو واع وعقلاني، ومنها ما هو وجداني ولا عقلاني، عمل بيون مـع مجموعات من المرضى في مستشفيات الأمراض النفسـية. ولاحظ وجود استجابات انفعالية جمعية لدى الجماعة. فأحيانًا تعبر عن حاجتها إلى أن يصبح المعالج أكثر قيادية وتوجيها وأحيانًا تفصح عن رغبة في الهرب من الجماعة. وقد أسس نظرية تقول بأن الجماعة يمكن تعريفها باعتبارها سلسلة من حالات انفعالية أن الثقافات الفرعية تدور حـول افتراضـات أساسية. وفي رأيه أن الحاجات الوجدانية ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالعمل الذي تسعى الجماعة إلى إنجازه.

وتتعدد الاستجابات ما بين إمكانية أن يستجيبوا استجابات معادية أو متفقة معها، وفي كلتا الحالتين تساهم فـي عمـل

الجماعة. وقد صنف العلاقة بين الفرد وثقافة الجماعـة فـي عدة فئات هي: تكون علاقة زوجيـة (أي بـين فـردين) والاعتمادية، والمواجهة – الهروب. أما حركة الجماعة فهي سلسلة من الانتقال من حالة انفعالية إلى أخرى وفقًا لطبيعـة الاستجابة.

ويستطيع القائد في أي لحظة أن يجيب عن الأسئلة التالية: ما الذي تفعله الجماعة في هذه اللحظة؟ هل تتجنب المشـكلة أم تتناولها؟ هل تواصل الهروب أم تلجأ إلـى " المواجهـة " دون (لف أو دوران).

وبعد الحرب العالمية الثانية قام أحد علماء الـنفس وهـو " جورج باج George Bach " بوضع تصور عن العـلاج النفسي الجمعي مستمدا من نظرية " كـورت ليفـين " عـن المجال "، وكان كورت ليفين في حوالي ١٩٤٧ قـد نشـر فكرته الجديدة عن ضرورة التدريب علـى مهـارة تكـوين العلاقات الإنسانية، وأن هذا التدريب لا يقل أهمية عن بقيـة أنواع التعليم الأخرى ولكن المجتمع الحـديث يهمـل هـذه الناحية. وكان " كورت ليفين " يعمـل أسـتاذًا فـي معهـد

" ماساتشوتس " للتكنولوجيـا " MIT " وصـاحب نظريـة المجال كإحدى أشهر النظريات في علم النفس.

وعقدت أول جماعة تدريب " T Group " في مدينة بيتل في ولاية مين الأمريكية عقب وفاة ليفين بفترة قصيرة.

واستمر تلامذته وزملاؤه في نشر رسالته بعد ذلـك فـي جامعة ميتشجان. وتكونت بعد ذلك الهيئة القوميـة للتـدريب " National Training Laboratories (NTL) " فـي واشنطن وأصبح لها فروع في عدد من المـدن الأمريكيـة الكبرى.

واتجهت المعاهد القومية في البداية إلى تدريب المـديرين على العلاقات الإنسانية في المجال الصناعي وكان الأعضاء يتعلمون فيها كيف تدور العمليات داخـل الجماعـة وكيـف يلاحظون تفاعلاتهم مع الآخرين وتطور الأمـر بعـد ذلـك عندما اكتشف أن هذا التدريب يحسن من قدرات الأعضـاء على فهم أساليبهم في القيام بوظائفهم داخل الجماعـة وفـي تأثيرهم على الآخرين وفي كفاءتهم بشكل عام وأن العـلاج الجمعي ليس شرطًا أن يتم لمجموعة من الأفراد مضطربين

بل يمكن ممارسة العلاج الجمعي لزيـادة درجـة الكفـاءة والتفاعل بين الأفراد.

ودخلت " الجماعات " بعد ذلك مرحلة جديدة اتجهت فيها إلى الخبرات الجمعية المكثفة في جامعة شيكاغو علـى يـد كارل روجرز وزملائه، حيث تم إنشـاء مركـز للإرشـاد النفسي وطلب منهم أن يضعوا برنامجا مكثفًا لتدريب فئة من المرشدين الذين يعالجون مشاكل " المحاربين القدماء " والذين مروا بالعديد من الخبرات (الصادمة) إبان فترة التحـاقهم بالجيش.

ورأت هيئة التدريب بـالمركز أن مثـل هـذا الإعـداد سيستدعي جهدا كبيرا فقررت تكوين جماعات يلتقـي فيهـا هؤلاء المتدربون ليزدادوا فهما بأنفسهم والاتجاهات التي قـد تعوق عملية الإرشاد وكذلك الارتبـاط ببعضـهم الـبعض بطريقة تساعدهم على القيام بمهامهم.

وكانت محاولة الربط بـين التعلـيم المعرفـي والتعلـيم بالخبرة، وقد أثبتت هذه التجربة نجاحها بحيث انتشرت بعـد ذلك. وهكذا تم الدمج بين تفكير ليفين ومدرسة الجشطلت من ناحية وبين العلاج المتمركز حول العميل من ناحية أخـرى،

وكانت هذه بداية الانطلاق لحركة " الجماعـات " فتعـددت أنواعها وأفكارها النظرية مثل جماعـات التـدريب علـى الحساسية وجماعات تنمية التنظيم الإداري وجماعـات بنـاء روح الفريق. وغير ذلك، مما جعل للأسلوب الجمعي تلـك المكانة التي نشاهدها اليوم. (لطفي فطـيم، ١٩٩٤، ٦٤ – ٦٦).

وهكذا نرى في نهاية هذا العرض الموجز كيـف كانـت الإسهامات المختلفة والتي تراكمت وقادت في النهايـة إلـى تأسيس وتقسيم هذا النوع من العلاج والتي كانت الإنسانية في أمس الحاجة إليها، خاصة مع قلة عدد المعـالجين، وزيـادة الأفراد المضطربين، وكثرة ضحايا الضغوط والركض خلف الحياة. لكن ما يلفت النظر أن الحروب وكثرة ضحاياها هي التي جعلت العلاج النفسي الجماعي محورا هاما وأساسيا في التعامل مع تعاسات وآلام الآلاف الذين مـزقتهم الحـروب وحطمتهم نفسيا وبدنيا واجتماعيا. ولذا فإننا نـؤمن بحقيقـة: وربما لا يخلو شر من خير ". **وعسى أَن تَكْرهوا شَيًئا وهو خَير لكُم** ".

** ** ** ** ** **

الفصل الثاني

مدخل إلى العلاج النفسي الجمعي

الفصل الثاني

مدخل إلى العلاج النفسي الجمعي

مقدمة:

ليس من السهولة بمكان تقديم تعريف متفق عليه لمفهـوم العلاج النفسي الجمعي، لذا فإننا نجد العديد ممـن تصـدوا لمفهوم العلاج النفسـي الجمعـي أن وصـفوا الإجـراءات والمناهج دون محاولة التعريف.

وتتعدد التعريفات التي تقدم لمفهوم العلاج النفسي الجمعي بتعدد النظريات النفسية والسلوكية، لأن لكل منهـا منهجهـا الخاص وأصولها النظريـة وأهـدافها النوعيـة وطرقهـا المستخدمة في تنظيم تفاعل الجماعة وحركتها.

فهناك مثلاً: السيكودراما Psychodrama وهي منهج في العلاج النفسي الجمعي اصطنعه مورينو Morenoe , 1946 ويعتمد فيما يوحي اسمه على ممارسة الأدوار وتمثيلها فـي داخل الجماعة من خلال تشجيع المرضـى علـى ممارسـة بعض الأدوار الهامة (كدور الأب أو الابن ... إلخ) بحيث

يستطيع المريض أن يكشف عن مشكلاته الشخصية وأخطائه في عمليات التفاعل الحياتي اليومي مع الآخرين.

أيضا يوجد ما يسمى بالمجتمع العلاجي " Therapeutic Group " وهو المنهج الذي يستمد أصـوله النظريـة مـن دراسات علم النفس الاجتماعي وبحوثه، ويركز على عـلاج الفرد من خلال وضعه في جماعة تعمل على تشجيعه ودفعه دفعا إلى القيام الناجح بأداء الأدوار الاجتماعية الهامـة فـي حياته ويعتبر ماكسويل جوتز Maxwell Jotes من أكثـر الممثلين لهذا التيار ومن المساهمين الرئيسيين في بلورته.

ونما حديثًا شكل آخر من أشـكال الجماعـات العلاجيـة يسمى باسم: جماعات المواجهـة Encounter Groups أو جماعات تدريب الحساسية، ويجمع بين هذه الجماعات علـى اختلاف مسمياتها هدف واحد هو: تطور الشـخص النفسـي والاجتماعي بالمريض من خلال تواجده في جماعـة حيـث يعبر كل فرد من أفراد الجماعة عن رأيه بصراحة وأمانـة وخاصة عن مشاعره واتجاهاته نحو الآخـرين فـي داخـل الجماعة أو خارجها.

كما قد تمتد الجماعات العلاجية لتشمل الأفراد غير المضطربين أي في المؤسسات الإدارية والمنظمات الاجتماعية ومع المشرفين والمدراء داخل تلك المؤسسات وذلك بهدف التطور بإمكانياتهم على التعاون والعمل معا والتفاعل الصحي وتسمى هذه الجماعات بجماعات التدريب T. Group وهي تعد من أهم الجماعات الممثلة والتي تستفيد من الأساليب الجمعية المستخدمة في كل الأنواع السابقة والمستخدمة في العديد من المجالات المتنوعة في المجتمع.

ولعل كل هذه الجماعات العلاجية تشترك في أنها تعلم المريض أو الفرد في داخل الجماعة شيئًا يحسن من أساليبه في التفاعل والتكيف، أو تحسن من أفكاره عن مرضه أو نفسه أو الآخرين وعن مشاعره التي ساهمت في إحداث المشكلات التي تطلبت الالتجاء للأخصائيين في العلاج الجمعي.

وبعد استعراض كل ما سبق لا مانع من الخوض في غمار ما قدم من تعريفات.

تعريف العلاج النفسي الجمعي:

قبل أن ندخل إلى الاجتهادات المختلفة والتي قدمت حـول مفهوم العلاج النفسـي الجمعـي group psychotherapy يجب أن نشير إلى: -

١ – أن هناك خطا عاما أو مشتركا بـين كافـة أنـواع العلاجات النفسية والذي يهدف إلى: إعادة تعلـم الشـخص، ونمو خبرات جديدة ذات أهمية انفعاليـة، وحـل مشـكلات الشخص المعوقة وإعطاء المريض أملاً.

٢ – أن هناك علاجات فردية، وأخرى جماعية.

٣ – تعدد الاتجاهات النظرية والعملية للعلاجات الجماعية وفقًا للعديد من العوامل مثل: -

- طبيعة المشكلة المراد حلها.
- طبيعة الأفراد.
- الخلفية النظرية للمعالج.
- الوقت المسموح به للعلاج.

تعريف العلاج النفسي الجمعي *Group psychotherapy*

- يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنـه شكل من أشكال العلاج النفسي يقـوم علـى عـلاج المريض داخل جماعة يختلـف حـول عـدد أفـراده باختلاف المدرسة التي يتبعها المعالج والهـدف مـن العلاج، لكنه في كل الأحوال يستحيل أن يقل عن اثنين (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ٥١٠).

تعريف سامي محمود علي: ١٩٦٢:

لا يقدم تعريفًا بالمعنى العلمي بل يقدم وصفًا لما يحـدث داخل الجماعات العلاجية مركزا على مدرستين أو اتجـاهين في هذا الشأن.

الاتجاه الأول: ويرى أنصاره أن العلاج الفردي لا يختلف عن العلاج الجمعـي وأن الظـواهر الجماعيـة لا تنفـرد بخصائص متميزة عن خصائص أفرادها، وأننـا نفهـم مـا يحدث في مستوى الجماعة بإرجاعه إلى مسـتوى السـلوك الفردي. ويتزعم هذا الرأي سلافون والذي يرى باختصار أن العلاج النفسي عن طريق استخدام الجماعات مـا هـو فـي حقيقته إلا علاجا للفرد في الجماعة وأن مفهـوم الجماعـة

بوصفه شيئًا مميزا عن الأفراد لا يمكن أن يصدق البتة على الجماعات العلاجية.

الاتجاه الثاني: ويرى أنصاره أن للجماعات من المميزات ما لا يتميز به الأفراد المكونون لها ولكنها تجعل أيضا مـن الجماعة وجودا مستقلاً عن الأفراد وتخـص بخصـائص لا ترتد إلى خصائص أي منهم، وأن تواجد الشخص في جماعة يخلق العديد من أنواع السلوكيات. ويتزعم هذا الاتجاه العديد من المعالجين أشهرهم " إيزرييل " (سامي محمـود علـي ١٩٦٢، ٩ – ١٥).

وبالرغم من أن سامي محمود علي لم يوضح موقفه مـن هذين الاتجاهين، إلا أننا نميل إلى أنصار الاتجاه الثاني، وأن تواجد الفرد في جماعة يخلق له العديد من أنواع السـلوكيات التي لا تظهر إلا من خلال جماعة حيث تتضح القدرة علـى التفاعل، والتعبير أو مدى المعاناة مـن الخجـل أو الفوبيـا الاجتماعية وكيفية التعامل مع نماذج السلطة وغيرهـا مـن السلوكيات التي يقوم (الشخص) بطرحهـا فـي الموقـف الجمعي.

تعريف شيلدون كاشدان ١٩٨٤:

" يتضمن العلاج الجمعي تجمعا من الأفراد يتراوح ما بين ستة أشخاص وثمانية يجتمعون مرة أو مرتين كل أسبوع في العادة لمدة تبلغ الساعة ونصف الساعة. والجماعة التي تتألف في العادة من الغرباء تلتقي بانتظام لمدة تتراوح ما بين ستة أشهر وسنة، ويمكن أن تتكون الجماعة من مجموعـة فيهـا نسبة من المرضى (كجماعة من المدمنين أو الاكتئـابيين) ويمكن أن تكون المجموعة غير متجانسة، وأن ذلك يتوقـف على طبيعة المدرسة العلاجية التي ينتمي إليها المعالج، أو أن الدور الأكبر في التغيير يقع على عاتق الجماعـة العلاجيـة وأن دور المعالج النفسي هو التيسير " (شـيلدون كاشـدان، ١٩٨٤، ط ٢، ٢٠٩ – ٢١١).

ونرى أن هذا التعريف شامل لأنه يصف كافة خطـوات العلاج النفسي الجمعي من حيث: العدد المطلـوب لتكـوين الجماعة العلاجية، طبيعة التفـاعلات، دور المعـالج، مـدة العلاج، شكل التفاعلات.

تعريف موسوعة كورسيني ٢٠٠١ للعلاج النفسي:

يرى (Connolly & Christoph 2001) أن العـلاج النفسي يهدف إلى حدوث تغيير في شخصـية المـريض أو المرضى من خلال فنيات وتكنيكات معينة تنشأ في الغالـب بين معالج ومريض (في العلاج الفردي) ومعالج ومجموعة من المرضى (في العلاج النفسي الجمعي) وأن الهدف هو الوصول بأفراد الجماعة) حالة من الاستبصـار والسـيطرة على ما يحدث في ذواتهم وصولاً إلى حالة من السواء مـع الذات والآخرين.

(Connolly , 2001 , 1340 – 1341 & hristoph)

أهداف العلاج النفسي الجمعي: -

إن أهداف العلاج النفسي الجمعي تهدف إلى إعادة توافق الفرد مع نفسه أولاً ثم مع البيئة ثانيا، وأن أهـداف العـلاج النفسي تثير قضية على جانب كبير من الأهمية: هل العلاج النفسي يهدف إلى إعادة الشخص إلى حظيرة المجتمع كـي يتوافق مع السائد والمألوف (بغض النظر عن مدى انطباقه واتفاقه من عدمه مع الشخص أم لا) أم أنه يهدف إلى جعل الشخص أكثر وعيا وتمردا واستبصارا بواقعه وبنفسه؟

وتثير هذه القضية عدة قضايا مثل: -

١ – إن أي فرد لابد أن يتواجد في المجتمع.

٢ – إن هذا المجتمع له ثقافته الخاصة بها.

٣ – إن أي فرد يعيش في كنف هذه الثقافة هو في الحقيقة ابن شرعي لهذه الثقافة.

٤ – إن الفرد – وفق العديد من العمليات – قد يتفق مع ثقافة المجتمع أو قد يختلف.

٥ – إذا كان التغير يحدث بسرعة في ثقافة الفرد فإن ذلك يقتضي الكثير من الوقت والجهد لتغيير ثقافة المجتمع.

٦ – إن السلطة بمختلف أشكالها تؤكد على ضرورة أن (يمتثل) الفرد للثقافة القائمة ولا تسمح أحيانًا بأي اختلاف.

٧ – وقد تتسامح السلطة مع (بعض المختلفين معها) في ظروف تاريخية معينة وقد لا تسمح.

٨ – والغالب أن الفرد المختلف يجد نفسه مثارا للاعتقال والشبهات وقد يتعرض للعديد من صنوف التعذيب وغسل الدماغ حتى تتبت السلطة أفكارا جديدة تتفق مع الطبيعة السائدة الآن.

٩ – وقد يصر الشخص على الاختلاف – حتى لو دفع حياته ثمنًا لذلك.

١٠ – وقد ينصاع الشخص ويتحول من النقيض (المتمرد) إلى النقيض (المتوائم) مع السائد والمألوف، بل قـد يتحول إلى أداة بطش بكل من تسول له نفسه الاختلاف مع السائد.

فأين إذن دور المعالج النفسي؟ وهل يعمل على (تثبيت) أركان ثقافة المجتمع، أم يساعد الفرد على (التمرد) ... ... وذلك لأن جدلية الصراع ما بين الجديد والقديم، والمـألوف والمأمول تظل في حالة جدل دينامي داخل الشـخص وقـد تنتقل إلى خارج المجتمع. (والواقع أن هـذه القضـية قـد أثارتها جماعة أطلقت على نفسها حركة رد الطب النفسـي، حيث نادت بأن يكف العلاج النفسي عن القيام بدور الجـلاد في المجتمع ... لمزيد من التفاصيل انظر مقال لطفي فطـيم عن حركة الطب النفسي، (١٩٨٠).

والواقع أن على المعالج النفسي أن لا يقـوم بالـدورين، بمعنى أنه لا يجب أن ينحاز إلى المجتمع، كما لا يجب عليه في الوقت نفسه أن ينحاز إلى الفرد ويشجعه على التمرد، بل

يأخذ موقفًا حياديا من خلال (التفسير) الذي يقدمـه للفـرد حول سلوكه وصراعاته، وتنقسم أنواع التفسيرات التي يمكن أن يقدمها أي معالج نفسي إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي:

المجموعة الأولى: جعل ما هو غير مفهوم مفهوما.

المجموعة الثانيـة: إبـراز الصـلات بـين الأحـداث والأعراض وسمات الشخصية.

المجموعة الثالثة: توضيح التناقض بين ما يقوله المريض أنه يشعر به وبين ما يحي به بالفعـل مـن خـلال وصـفه لسلوكه؟

(لطفي فطيم، ١٩٩٤، ٤٤)

وعموما تنقسم أهداف العلاج النفسي الجمعي إلى:

١ – زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه:

٢ – حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.

٣ – زيادة قبول الفرد لذاته.

٤ – توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات.

٥ – تقدير الذات.

(عبد الرحمن العيسوي، ب. ت، ١٩)

٦ – زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله.

٧ – زيادة تقبل وتحمل المسئولية الشخصية.

٨ – تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القـدرات وتنميتها.

(حامد زهران، ١٩٩٧، ص ٣١، ١٨٦)

العلاج النفسي الجمعي وعلاقته بفروع العلم الأخرى:

في كتاب مقدمـة فـي علـم الـنفس يوضـح هلجـارد Hillgaerd , E. R (١٩٦٢) أن العلاج النفسي الحق هو الذي يتصل بالعديد من فروع العلم المختلفـة، لأن العلاقـة تكون متبادلة أو تصب جميعها في صالح العملية العلاجيـة والتي تنعكس بدورها على المريض.

ومن أهم فروع العلم التي يكون العلاج النفسي الجمعـي ذات صلة بها: -

- الطب العصبي.
- الطب العقلي الشرعي.
- علم النفس العام.
- الطب العقلي.

- القانون الجنائي.
- الخدمة الاجتماعية (سـواء خدمـة فـرد أو خدمـة جماعة).
- علم الاجتماع.
- علم نفس الشخصية.
- علم النفس الاجتماعي.
- علم نفس النمو أو الارتقائي.
- علم النفس المرضي.
- علم النفس الفسيولوجي.
- القياس النفسي.
- علم النفس الصناعي.
- الدين.
- الطب البشري.

(Hillgaerd , E. R , 1962 , P: 530)

ويمكن أن نضيف إلى ما سبق علوم:

- الآداب.
- الفنون.

- الأساطير الخاصة بالمجتمع الذي يمارس فيه المعـالج علاجه النفسي الجمعي.
- الفروق الفردية.
- علم النفس الصناعي (خاصة في حالة التعامـل مـع مرضى يعملون في مؤسسات صناعية)
- علم النفس الحربي أو العسكري (خاصة فـي حالـة التعامل مع مرضى يعملون أو كانوا ملتحقين بالمجال العسكري)
- علم النفس البيئي.

وهكذا يتسع المجال ليشمل علاقة العلاج النفسي الجمعـي بالعديد من فروع العلوم المختلفة، وهو في نفس الوقت مـن الشروط الواجب توافرها في شخص المعالج النفسي (وهـو ما سوف نتحدث عنه لاحقًا).

مزايا العلاج النفسي الجمعي:

وتتلخص في: -

١ – الجماعة تعطي فرصة لتعلم كثير من جوانب السلوك وممارساتها من خلال استجابته الدائمـة لمتطلبـات

الجماعة. فمثلاً قد يتعلم الفرد - ربما لأول مرة في حياته - القدرة على القيادة وتوجيه الآخرين من خلال النصائح التي يوجهها إلى الأعضاء أو للمرضى الآخرين. وهذا يؤدي إلى أن يطبع شخصيته بسمات جديدة وإيجابية في السلوك.

٢ - في مواقف العلاج الجمعي عادة ما تتكون داخل الجماعة معايير معينة غرضها التفاعل الدائم بين أفرادها. وهذا بلا شك - يساعد الجماعة على وضع ضوابط وقيود على بعض الأنواع غير المرغوبة من السلوك التي تصدر عن الفرد. وهنا يتنازل الفرد عن معاييره وينصاع لمعايير الجماعة والتي تكون مرتبطة بالقيم السائدة في المجتمع.

٣ - يمكن للمعالج أن يعمل على تغيير المعايير الخاطئة التي قد تنشأ في الجماعة كالميل إلى التهجم أو النقد غير المنطقي واللامبالاة وغيرها من السلوكيات الخاطئة.

٤ – يستطيع الفرد من خلال تفاعله مع أعضاء الجماعة أن يقيم نفسه وما يصدر منه وبالتالي يتكـون لديـه حاسة الاستبصار بأخطائه ومحاولة تعديلها.

٥ – تستخدم بعض الجماعات العلاجيـة طريقـة لعـب الأدوار وهذا الأسلوب يعتمد على التمثيل والمرونـة في استخدام الأدوار كوسيلة من وسـائل الاكتشـاف المشكلات الشخصية، ويمكن من خلال القيام بهـذه الأدوار تحسين الأداء والاستبصار بهذه الأخطاء.

٦ – من الممكن أيضا استخدام الجماعة لتدريب الفرد في داخلها على القيام بأداء بعـض الأدوار الاجتماعيـة (أ) دور زوج (ب) رئيس (جـ) طالب ... الخ ومن خلال تشجيع الجماعة وتقبلها للفرد، يدفع الفرد إلى القيام بكل متطلبات هذه الأدوار التكيفية الجديدة بنجاح.

٧ – من الممكن استخدام أسلوب العلاج النفسي الجمعـي ليس فقط مع المرضى والأشخاص الذين يشكون من سوء التكيف والتوافق بل يمكن استخدام هذا الأسلوب

العلاجي في تحسين وتطوير أداء وتفاعل الأفراد في مؤسسات العمل والإدارة المختلفة.

٨ – قلة تكلفة هذا النوع من العلاج، سواء كانت تكلفة مالية أم بشرية، ففي جلسة واحدة يستطيع معالج واحد أن يرى ما يقرب من ٧ – ١٠ أشخاص وقد يتوصل بهم جميعا إلى نتائج إيجابية تماثل – وربما تفوق – نتائج العلاج الفردي.

٩ – يقلل مشاعر القلق والشعور بالإثم، ويجعل الفرد أميل إلى التسامح تجاه الخبرات الاجتماعية المحيطة.

١٠ – يقلل من حدة تمركز المريض حول ذاته ويوفر الفرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة والتقدير مما ينمي الثقة في النفس، ويقوي عاطفة اعتبار الذات لدى الشخص سواء المضطرب أو الذي نسعى معه إلى زيادة مهاراته وتنمية إمكانياته.

(حامد زهران، ١٩٩٧: ٢٠١)

عيوب العلاج النفسي: إن الأساس في العملية العلاجية شخصان: شخص المعالج، وشخص أو أشخاص المرض، ويجب توافر مجموعة من الشروط في الطرفين. في المعالج

لابد من توافر مجموعة من الشروط أهمها: التدريب مع توافر العديد من الصفات، أما المرضى فيجب أن تتوافر لديهم الدافعية والاستعداد، وغيرها من العوامل – لكن إذا حدث خطأ في طرف (أو الطرفين معا) فإن ذلك ينعكس سلبا على المرضى من خلال المضاعفات السيئة الآتية:

- قد يزداد القلق عند المريض وينصرف عن العلاج النفسي تماما.
- قد يلجأ المريض إلى سياسة الدفاع مما قد يجعل الجلسات العلاجية واستمرارها أشد خطرا من قطع العلاج.
- قد يلجأ المريض إلى العلاج الطبي فقط، وقد يبالغ في تعاطي الأدوية ويدمنها.
- قد يلجأ المريض إلى الدجالين الذين يتصيدون مثل هذه الفرص.
- قد يلجأ المريض إلى إدمان المخدرات والخمر.
- قد يحدث في حالات كثيرة حدوث نكسة.
- قد تزداد الحالة سوءا ويتطور المرض من عصاب إلى ذهان.

- في حالات نادرة قد ييأس المريض من الشفاء فيقـدم على الانتحار.

(حامد زهران، ١٩٨٧، ٢٠٦ – ٢٠٧)

وتوجد خمسة أشكال أساسية من العلاج النفسي هي:

١ – العلاج النفسي الذاتي أو علاج الفرد لنفسه:

وهو الذي يحدث عندما يضع المرء خطة لعـلاج نفسـه بواسطة أساليب مثل التأمل والصلاة والرياضـة والقـراءة والعمل والتدريب؛ حيث يهدف المرء بشكل واع إلى تحقيـق أهداف معينة مثل زيادة فهم الذات، أو مزيد مـن الارتيـاح النفسي أو تحسين التوافق الاجتماعي.

٢ – العلاج النفسي الزوجي:

وهو المعروف باسم العلاج الفردي ويتكـون مـن عـدة مقابلات بين شخصين نطلق علـى أحـدهما المـريض أو المسترشد أو العميل، ونطلق على الآخر المعالج أو المرشـد أو الميسر، وأشهر أشكاله هي التحليـل النفسـي والعـلاج بطريقة " كارل روجرز والجشـطالت " وتحليـل التعامـل وتعديل السلوك، وهناك أنواع متعددة من العـلاج الفـردي

كالعلاج بالتنويم والعلاج المعرفي والعلاج اللاتوجيهي كما توجد أشكال وأنواع من العلاج بالتحليل النفسي.

٣ – العلاج الجمعي:

وهو النوع الثالث من العلاج، وهو موضوع هذا الكتاب ويقتصر العمل فيه على جماعات تتراوح ما بين خمسة إلى عشرين عضوا.

٤ – الجماعات الكبيرة:

وهي جماعات كبيرة العدد وتتبع قائدا أو مرشدا مثل المدمنين المجهولين، وبعض أنواع العلاج الديني.

٥ – علاج المجتمع أو علاج البيئة:

وفيه يكون المجتمع المحلي كله هو المستفيد من العلاج مثل بعض أنواع الخدمات للمدمنين أو الجانحين.

مسلمات في العلاج الجمعي: وتتلخص في: -

١ – الفرد في حد ذاته أكثر أهمية من المجموع

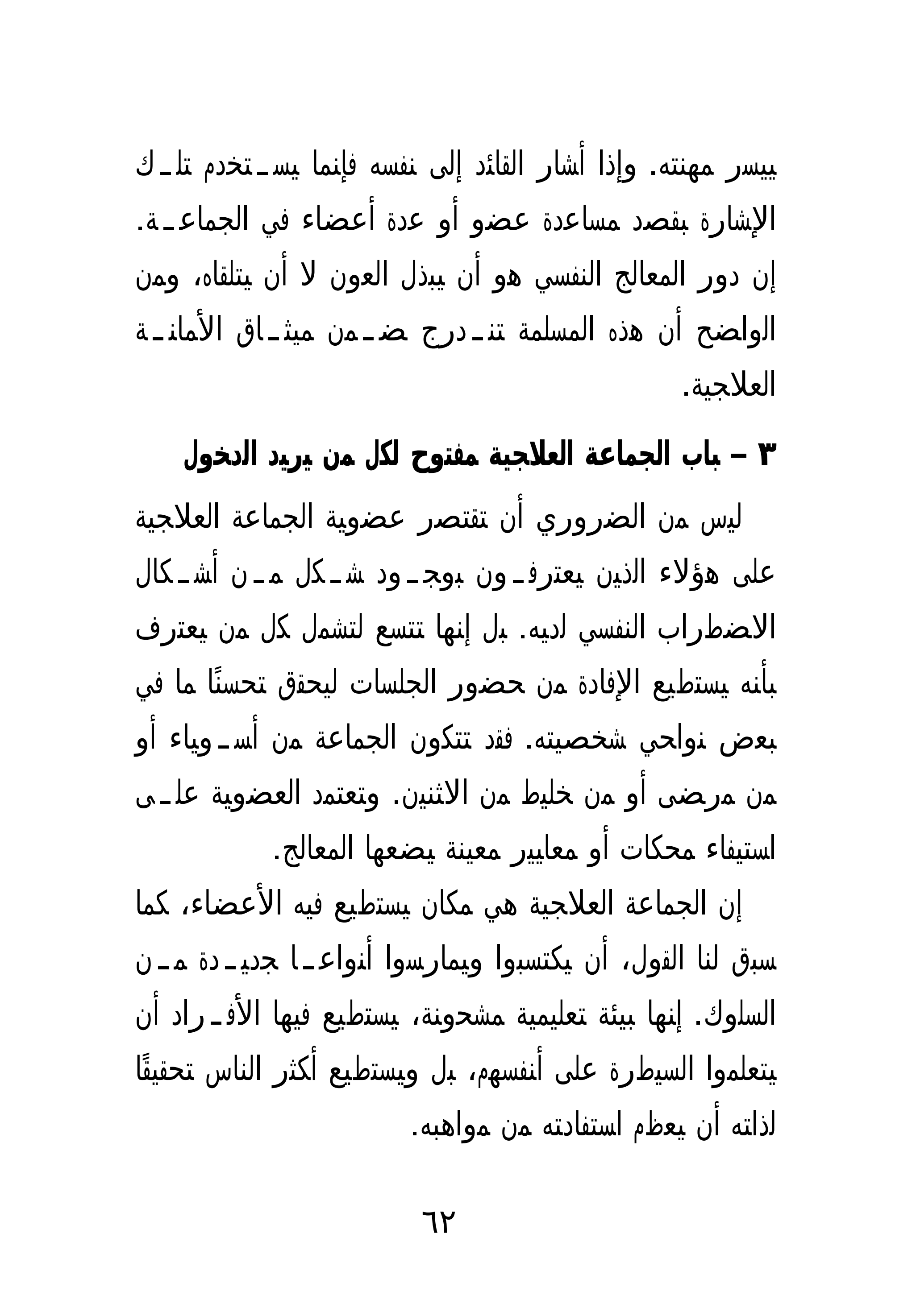
نحن لا نعتبر الجماعة شيئا غامضا أو متعاليا على أفرادها، أو كيانا ذا وجود مستقل عن وجود أعضائها. إن الجماعة هي تجمع لأفراد مختلفين التصقوا ببعضهم. ولا

يحيط بهذه العملية أي سحر أو غموض أو جمال. وليس في فكرة الجماعة في حد ذاتها أهمية خاصة، فكل عضـو مـن أعضاء الجماعة له وضعه الخاص ولا يوجد كل متعال على الأعضاء. وتظل الجماعة العلاجية – كما هـو الحـال فـي العلاج الفردي – تهدف إلى مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم وزيادة تعليمهم بأساليب أكثر فاعلية، وعلى تحمل مسئولياتهم في عوالمهم الشخصية.

٢ – قائد الجماعة ليس عضوا فيها:

لا يعتبر القائد منذ البداية عضوا في الجماعة. ويجـب أن يكون مفهوما وواضحا أن الخاصية الأولى والشـاملة التـي تفصل قائد الجماعة عن الأعضاء هي أنه يستحيل أن يستخدم الجماعة ليشبع رغباته هو أو يحصل على مكاسب لشخصه. قادة الجماعات هم مهنيون محترفون يؤجرون لتقديم خدماتهم العلاجية للأفراد بصرف النظر عـن الأسـاليب والأشـكال والسلوك الذي يستخدمونه.

ولا يستخدم المعالج النفسي الجماعة ليعالج ذاته أو يحقق مآرب شخصية ولا يقوم القائد بدور " اللاعـب/ المـدرب " فيلعب ضمن الفريق عندما يحس أن اتخاذه لمركز العضو قد



ييسر مهنته. وإذا أشار القائد إلى نفسه فإنما يستخدم تلك الإشارة بقصد مساعدة عضو أو عدة أعضاء في الجماعة. إن دور المعالج النفسي هو أن يبذل العون لا أن يتلقاه، ومن الواضح أن هذه المسلمة تندرج ضمن ميثاق الأمانة العلاجية.

٣ – باب الجماعة العلاجية مفتوح لكل من يريد الدخول

ليس من الضروري أن تقتصر عضوية الجماعة العلاجية على هؤلاء الذين يعترفون بوجود شكل من أشكال الاضطراب النفسي لديه. بل إنها تتسع لتشمل كل من يعترف بأنه يستطيع الإفادة من حضور الجلسات ليحقق تحسنًا ما في بعض نواحي شخصيته. فقد تتكون الجماعة من أسوياء أو من مرضى أو من خليط من الاثنين. وتعتمد العضوية على استيفاء محكات أو معايير معينة يضعها المعالج.

إن الجماعة العلاجية هي مكان يستطيع فيه الأعضاء، كما سبق لنا القول، أن يكتسبوا ويمارسوا أنواعًا جديدة من السلوك. إنها بيئة تعليمية مشحونة، يستطيع فيها الأفراد أن يتعلموا السيطرة على أنفسهم، بل ويستطيع أكثر الناس تحقيقًا لذاته أن يعظم استفادته من مواهبه.

ويعد كل عضو فيها شخصا عاديا وليس مريضا بصرف النظر عن مدى انحراف أو شذوذ بعض الأعضاء. ويكـون الهدف الشامل الشخصي لكل عضو هو إحراز أعلى درجـة من الفاعلية الشخصية. إن ما يحرك الجماعة العلاجية هـو النمو وليس الإحساس بالنقص أو العجز.

٤ – ليس للجماعة العلاجية في حد ذاتها أهداف:

لفريق كرة القدم أو لمجلس إدارة شركة أهداف جمعيـة، أما الجماعة العلاجية فليس لها مثل تلك الأهداف الجمعيـة، وإنما لها أهداف فردية، خاصة بكل فرد.

ليس للجماعة العلاجية في حد ذاتها هدف خـاص بهـا، وإنما يسعى كل فرد فيها (الجماعة) إلى أهداف خاصـة بـه فيما يتعلق بالتفكير والمشاعر والأفعال، وأي إلحاح على أن الجماعة هي كيان له استقلال ذاتي بما يقلل من شأن الفـرد، ويزيد من قدر المجموع، يخرج العلاج النفسي الجمعي عـن مساره ولذلك فنحن لا نلح أو ندفع الجماعـة فـي طريـق التماسك بوصفه هدفًا في حد ذاته، وإنما نعملـه علـى أنـه ظاهرة تحدث خلال العلاج الجمعي.

٥ – يعالج الفرد من خلال تواجده في الجماعة:

كما ألححنا على وجود أهداف فردية في العلاج الجمعي، نلح أيضا على أن العلاج الجمعي يتلقاه كل فـرد بمفـرده، صحيح أنه يوجد تفاعل. " وفيد باك " وهمـا مـن الأهميـة بمكان، إلا أن هناك فكرة سخيفة تتـردد أحيانًـا وهـي أن الجماعة تعالج، وهذا غير صحيح فمعالج الجمعي هو الـذي يعرف كيف يعالج وليس الجماعة.

هو الذي يشكل العمليات داخل الجماعة، ويعلم الأعضـاء كيف تقوم تلك العمليات بفعلهـا، ويعـزز أنـواع السـلوك العلاجية التي يأتي بها الأعضاء، كما يتعـرف علـى كـل الطاقات العلاجية الموجودة لديهم ويسـاعد علـى توجيههـا استخداما لخدمة الجماعة العلاجية. إن علاج الأفراد داخـل الجماعة هو الهدف الأسمى في كل جلسة من الجلسـات إلا أنه ليس من الضروري أن ينبعث العلاج من شخص القائـد فحسب، وتظهر التجربة أن بعض الأعضاء يكونـون أكثـر استجابة للتوجيهات العلاجية التي تصدر من أقرانهم.

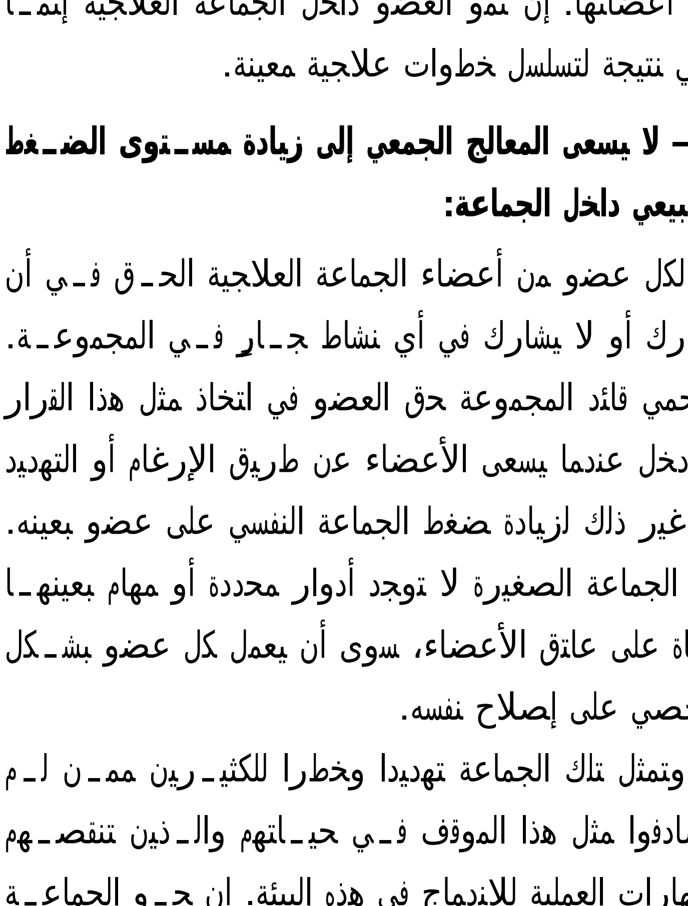
ولكن مسئولية القائد تحتم عليه أن يحـدد إذا مـا كـان السلوك أو الأفعال أو المشاعر المنبعثة ذات طبيعة علاجيـة

أم لا. كما أن عليه أن يدمجها في سياق الجلسـة العلاجيـة. ومن الأخطاء الشائعة افتراض أنه إذا تلقى فرد بعينه علاجا فإن الآخرين لا يستفيدون منه، وهي فكـرة لا تثبـت أمـام التجربة العملية، فكل عمل علاجي فعال يشـاهده الأعضـاء يطبقونه على أنفسهم فورا، كما يختزنون ويدمجون ما تعلموه داخل ذواتهم. فالجماعة لا تعالج أو تتلقى العلاج، الأفراد هم الذين يفعلون ذلك.

٦ – التفاعل داخل الجماعة ليس هدفًا في حد ذاته:

يظن البعض أنه كلما زادت كمية تفاعلات الجماعـة دل ذلك على فعالية العلاج، وهذا ظن خاطئ لا يجـول إلا فـي خاطر المعالج الجمعي المبتدئ. إن التفاعل من أجل التفاعل ومن أجل جر رجل الأعضاء للدخول في التفاعل ليس علاجا على الإطلاق ومن الأفضل أن يتفاعل شخصان فقط أو يتلقى العون فرد واحد فقط بشكل مباشر (بالإضافة إلى غيره ممن يفيدهم ذلك)، من الأفضل أن يحدث ذلك، عن أن يتحـدث الجميع ولا ينمو أحد، إن التفاعل ينمو مـع نمـو الجماعـة وازدياد حركتها.

وتبين التجربة أنه كثيرا ما تكون الجماعات التي يزداد التفاعل والتشارك فيها أقلها قدرة على تقديم العون لكل فرد من أعضائها. إن نمو العضو داخل الجماعة العلاجية إنما يأتي نتيجة لتسلسل خطوات علاجية معينة.



٧ – لا يسعى المعالج الجمعي إلى زيادة مستوى الضغط الطبيعي داخل الجماعة:

لكل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية الحق في أن يشارك أو لا يشارك في أي نشاط جارٍ في المجموعة. ويحمي قائد المجموعة حق العضو في اتخاذ مثل هذا القرار ويتدخل عندما يسعى الأعضاء عن طريق الإرغام أو التهديد أو غير ذلك لزيادة ضغط الجماعة النفسي على عضو بعينه. في الجماعة الصغيرة لا توجد أدوار محددة أو مهام بعينها ملقاة على عاتق الأعضاء، سوى أن يعمل كل عضو بشكل شخصي على إصلاح نفسه.

وتمثل تلك الجماعة تهديدا وخطرا للكثيرين ممن لم يصادفوا مثل هذا الموقف في حياتهم والذين تنقصهم المهارات العملية للاندماج في هذه البيئة. إن جو الجماعة العلاجية في حد ذاته يخلق ضغطًا طبيعيا نابعا من طبيعة

تكوينها، ولذلك تنجح تلك الجماعات في حـين لا يصـادف العلاج الفردي مثل هذا النجاح.

ويحس أعضاء الجماعة أن زيادة الضغط عليهم للمشاركة في العملية العلاجية يزداد مع نمو واستمرار الجماعة، ويجب أن يكون القائد الفعال واعيا بمثل هذه المخاوف ويحمي حق الأعضاء في اختيار الوقت المناسب للدخول في تفاعل مـع الجماعة. من حق كل عضو أن يقاوم التغير رغـم أن بقيـة الأعضاء وقائد الجماعة قد يكون لهم رأي مخالف.

فإذا لم يحس العضو المعين بأنه جـاهز ومسـتعد أو إذا أنكر وجود أساليب سلوكية معرقلة لذات لديه، أو لم ير ميزة في اكتساب أنواع جديدة من السـلوك، فيجـب علـى قائـد الجماعة أن يسمح له بذلك وأن يتفهمه ويتقبله.

٨ – ليست الجماعة مكانا للاعترافات:

عندما تسعى الجماعة إلى الحصول على الاعترافات فـي حد ذاتها تقل قدرتها العلاجية مهما اشتاق الأعضاء وتحمسوا لسماع تفاصيل الحياة الانفعالية المثيرة لأحد الأعضـاء. إن جوهر عملية العلاج ينصب على ظـروف الحيـاة الحاليـة

للأعضاء، ونوع العون الذي يمكن أن يقدم إليهم ليغيروا من تلك الظروف في الاتجاه الإيجابي.

إن المعلومات عن الحياة الماضية والتي لا علاقـة لهـا بالوضع الحالي أو المستقبلي أو لا مكان لها إذا أردنا علاجا جمعيا فعلاً. إن سياسة " نشر الغسـيل " داخـل الجماعـة العلاجية كثيرا ما لا تكون الطريقة المثمرة. وكثيرا ما تكون سياسة " فلننس الموضوع برمته إلى الأبد لأننا لا حيلة لنـا فيه إلا أن نحس بتأنيب الضمير أو اليـأس، هـي الاتجـاه الأفضل لانتعاش الصحة النفسية.

٩ – الامتعاض والانتقاد والتركيز علـى أشـخاص خـارج الجلسة، وتبادل الأحاديث الجانبية والتركيز على موضوعات بعينها، وليست سياقًا ملائما لجلسات العلاج الجمعي:

كثيرا ما نلاحظ ميلاً قويا من جانب أعضاء الجماعة إلى الانتقاد والسخط على النظام أو المؤسسة أو ما شـابه ذلـك خاصة عندما ينتمي الجميع إلى نفس المؤسسة أو النظام. فإذا ما عزز التذمر والشكوى ولوم الآخرين ونبش أخطائهم، قـد يقود ذلك إلى أن تتبنى الجماعة ذلك السلوك، وأن تجد فيـه بالتأكيد إشباعا لبعض قيمها العصابية. وسرعان ما ينشأ بين

الأعضاء إحساس أنني على صواب، هذا مجتمع فاسد، وعالم ظالم ... ... الخ.

ويؤيدني أقراني في المجموعة. وهذه ظاهرة لاحظتها كما لاحظها غيري من المعالجين في كثير من الجماعات لما لها من أثر مواسٍ في نفوس الأعضاء. وما لم يؤد مثـل هـذا النشاط إلى عمل سياسي لتعديل البيئة فليس له أي قيمة سوى التنفيس.

ولكن يستحيل بالتأكيد أن تتحول الجماعة العلاجيـة إلـى جماعة عمل سياسي. وعندما تنغمس الجماعة العلاجية فـي مثل هذا النشاط فإن أعضاءها يتركون الجماعة وقد تعـزز هذا السلوك الساخط لديهم، ولم تتغير بيئتهم بـل تـدهورت قدراتهم ومهارتهم على مجابهة مشكلاتهم، ويمكن أن يقـال نفس الشيء عن مسألة التركيـز علـى الآخـرين خـارج الجماعة.

فإذا لم يكن هؤلاء الآخرون جزء مـن الجماعـة فمـن المستحيل علاجهم. يستحيل أن نعالج الزوج أو الزوجـة أو الأب أو المدير أو أي شخص آخر خارج الجماعة، مع أننـا في كل حالة نساعد العضو على أن يفكر ويشـعر ويسـلك

بشكل مختلف تجاههم، والأمر بالمثـل مـع الموضـوعات والمحادثات الجانبية فلا قيمة لها في الجماعة العلاجية، إنهـا قد تصلح مادة في القعدات أو الحفلات، ولكن لا علاقة لهـا بعمل الجماعة العلاجية.

١٠ – ما يدور في الجلسات العلاجية الجمعية أمر غير قابل للتداول:

شعار الجماعات العلاجية الأول هو الكتمان فمـا يحـدث بداخلها لا يخص سوى أعضائها ويسعى القائـد أو المعـالج الفعال إلى تأكيد هذه القاعدة منـذ البدايـة؛ إذ يعتمـد أمـن وطمأنينة كل فرد عليها، فإذا لم تكن الجماعـة مكانـا آمنـا يسعى فيه العضو إلى إصلاح شأنه فلن يحـدث مثـل هـذا التغير على الإطلاق، وإذا خان أحد الأعضاء هـذه الأمانـة فإنها تصبح موضوعا عاجلاً لعمل الجماعة.

١١ – يلتزم أعضاء الجماعة بالتعبير عن أنفسهم فقط:

التفكير المستقل، والتعبير عن الرأي هما أكثـر أشـكال السلوك الإنساني صحة، ويشجع أعضاء الجماعة علـى أن يتحدثوا بالأصالة عن أنفسهم، وأن تكون لهم وجهات نظـر شخصية. ومهما تفاوت أعضاء الجماعة من حيـث الـذكاء

والمواهب والمهارات الشخصية والأوضاع الاجتماعية، فـلا يعني هذا أبدا أن ما يعرضه أي عضو لـه قيمـة أكبـر أو أصغر مما يعرضه أي عضو آخر.

ويجب على المعالج أن يتدخل عنـدما يتحـدث عضـو بالنيابة عن آخر، أو يتكلم بلسان المجموعة كلها.

الاستقلال النفسي هدف يسعى إليه كل فرد، والقائد الناجح هو الذي يساعد كل عضو في المجموعة على الوصول إلـى أكبر قدر ممكن من ذلك الاستقلال النفسي.

١٢ – لا تتخذ المشاعر في الجلسات العلاجية وضعا أفضل من الأفكار:

ومن المعتاد في جلسـات العـلاج النفسـي أن يواجـه الأعضاء بعضهم بعضا على مختلـف المسـتويات دون أن يشعروا بانفعالات مبالغ فيهـا، ويظـن بعـض المعـالجين المبتدئين أن إظهار الانفعالات أمر لابد منه فـي جلسـات، لدرجة أن يميزوا بين المشاعر والأفكـار ويسـبغوا علـى المشاعر أهمية أكثر من اللازم. وهذا غير صحيح.

إننا لا نغمط المشاعر حقها، ولكننا نوليها اعتبارا أكبر من محتويات الجلسة الأخرى غير الانفعالية. وعلى وجه العموم

فيستحيل وجود المشاعر دون الأفكـار، إنهـا الاسـتجابات الملموسة للأفكار، ومحاولة الفصل بينهما توقعنا في الخلـط والاضطراب. ومن الحماقة الإصرار على أن يعبر الأعضاء عن مشاعرهم كما لو كانت أشياء يمكن اسـتدعاؤها حـين نريد.

ويجب أن يكون واضحا أن الهدف الأشمل للعلاج الجمعي هو مساعدة الأعضاء على أن يصيروا أكثـر كفـاءة فيمـا يختارونه من دروب الحياة، ولا شك أن المشاعر تلعب دورا كبيرا ولابد من فحصها ومساعدة العضـو علـى أن يفهـم مشاعره وأن لا يحس بالخطر منها وأن يتعلم كيف يسـيطر عليها وهذا جزء من صميم العملية العلاجية. ولكن التعبيـر عن المشاعر دون أهداف ترمي إلى التحسن على الإطلاق.

١٣ – لا يعتبر تماسك الجماعة هدفًا علاجيا:

لابد لكل جماعة علاجية من أن تصل إلـى نهايـة، وأن ينفرط عقدها مهما طال بها الأمد. ويحدث التماسـك نتيجـة وجود الأعضاء مع بعضهم البعض لفترة من الوقت، حتى لو انحبست مجموعة من الناس في مصعد معطل لفترة طويلة.

ولا توجد رابطة بين العملية العلاجية وبين وجود جماعة متماسكة فكافة الأهداف موضوعة في خدمة العضو. بـل إن الجماعة نفسها هي وسيلة أو أداة لتساعد العضو على النمو. وهي بيئة مصممة على وجه الخصوص لكي يتمكن الفرد من التعلم فيها بشكل أقوى وأشد، وعندما تصل الجماعـة إلـى نهايتها فإن كافة الأعضاء يستمرون في القيام بوظائفهم فـي عوالمهم الخاصة.

ويحدث تماسك الجماعة سواء أردنا أم لا. وأي جهد يبذل في إحداثه هو جهد ضائع، ولكن إذا حدثت فرقة بين أعضاء الجماعة وأدت إلى تعويق وصول الأفراد إلى أهدافهم عندئذ قد يكون من الضروري أن نبحث في إزالـة هـذا العـائق. وليكن واضحا أننا عندما نقول إن التماسك ليس هدفًا علاجيا في حد ذاته فإننا لا نعني بذلك أنه غير مرغوب فيه أو أنـه عقبة في سبيل العملية العلاجية.

١٤ – متابعة ما يحدث من جلسة إلى أخرى هـو جـزء لا يتجزأ من العملية العلاجية:

لا تتكون الجماعة العلاجية من عشرة أو خمسة عشر من خبرة منفصلة. بل إنها خبرة واحدة لها اسـتمرار ومتابعـة

متوالية. فإذا تلقى عضو عونًا علاجيا وسلطت عليه الأضواء لفترة فلا يعني ذلك أننا ننساه خلال الفترة الباقية مـن حيـاة الجماعة. وتحمل كل جلسة بـدرجات متفاوتـة بقايـا مـن الجلسات السابقة، وتستمر متابعة إنجاز الأعضاء لأهـدافهم كما هو الأمر تماما في العلاج الفردي. ومن المؤكد أنه يشق على المعالج الجمعي أن يراجع كافة الواجبات التي يقوم بها الأعضاء وأن يتذكر كافة الأهداف المعلنة وتفاصـيل تلـك الأهداف لدى كل عضو. ولكن يخفف عنه هذا العبء وجود أعضاء آخرين يساعدونه على ذلك، وهو الأمر الذي تفتقـده جلسات العلاج الفردي.

ومنذ الجلسات الأولى يعمل المعالج الجمعي الكفء علـى إرساء قاعدة " العودة لعرض الموضوع علـى الجماعـة " ويستمر هذا الإجراء مادامت الجماعة استمرت في الوجـود. وتشمل هذه الإجراءات تقارير قصـيرة، تعزيـزا مسـتمرا ومتقطعا، إعادة صياغة الأهداف، انتقـال أثـر التـدريب، والصعود عبر سلم متدرج من أصعب فأصعب، وبالتالي إلى مكاسب أكثر إغراء لكل عضو من الأعضـاء. هـذه هـي العلامات المميزة لفاعلية العلاج الجمعي. وتشجع التقـارير

على نجاح الأعضاء الذين استفادوا من العمليـة العلاجيـة، تشجع وتستحث الآخرين الذين لم يندمجوا في حياة الجماعـة بنفس الدرجة.

إن وضع برنامج للمتابعة داخل الجماعة أمر حيوي، وإذا لم يحدث فإن العملية العلاجية تبدو للأعضاء كما لو كانـت أجزاء متقطعة ومعزولة وعشوائية مما يقضى على إمكانيـة الاستفادة طويلة المدى من العلاج الجمعي.

١٥ – في كل جلسة من جلسات العلاج الجمعي يتلقى عضو أو أكثر عونًا علاجيا مجددا:

تحتوي معظم جلسات العلاج الجمعـي علـى أنشـطة لا نستطيع اعتبارها علاجية بـالمعنى المفهـوم. ولا شـك أن الجلسات التي لا يلتقي فيها الأعضاء، كل بمفـرده، بعـض العلاج لا تكون مثمرة. فجوهر العلاج الجمعي هو أن يتلقى أعضاء الجماعة عونًا علاجيا يساعدهم على تحقيق أهـدافهم الشخصية، ولكن كما هو معروف فإن عددا مـن الأنشـطة الإضافية الملائمة تحدث خلال الجلسات كبعض التـدريبات والتمرينات.

وتدفع مثل هذه الأنشطة بالعملية العلاجيـة وتنشـطها إلا أنها لا يجب أن تطغى على العمليات العلاجية. إن تحليل ما يجري داخل الجماعة والتخليص والمراجعة وشق الطريـق خلال الصعاب التي يعانيها الأعضاء، واستكشاف مسـارات الاتجاه، وترتيب الأولويات، وإعطاء المعلومات، وتوضـيح القائد لأنواع سلوكه ... ... الخ هذه الأنشطة الإضـافية أو المعاونة لا يجب أن تسيطر وتصبح هـي الشـغل الشـاغل للجماعة بحيث تستبعد العون العلاجي المباشر الذي يجب أن يتلقاه العضو. إن حصر الاهتمام في هذه الأنشطة لا يجعـل لنشاط الجماعة العلاجية أية ثمرة.

وتكون الجلسات الأولى ذات أهميـة خاصـة فـي هـذه الناحية. فيجب على القائد أن يقدم عونًـا علاجيـا لمختلـف الأعضاء بما يكفي لتوضيح الغـرض الأساسـي للجماعـة، ويمكن الأعضاء من رؤية العائد من عضوية الجماعة وكيف يحصلون عليه.

١٦ – لا يوجد ارتباط موجب بين الفاعلية وبين ما يحـس به الفرد من ارتياح:

إن ما يعلنه الأفراد أحيانًا داخل الجماعة هو أنهم يحسون بالارتياح والرضي كثيرا ما يكون دليلا على انعدام الحركـة والتقدم بالمعنى العلاجي. فلا شـك أن التغيـر فـي الفكـر والسلوك يصاحبه دائما درجات مـن الحـرج والانزعـاج والإحباط. فعندما يحس الفـرد بالانزعـاج يصـبح التغيـر مطلوبا، وعادة ما ينزعج المعالج الجمعي المبتدئ ممـا قـد يبدو على الأعضاء من عدم ارتياح ويحاول جهده أن يثبـت الطمأنينة في الجماعة.

وهذه دلالة على عدم فاعليته وقلة كفاءتـه فـي معالجـة الانفعالات السلبية لدى الآخرين وفي نفسه. ونحن لا نسـعى في الجلسات العلاجية إلى خلق الارتياح أو عدم الارتياح. إن رفع القلق لدى الجماعة لمجرد تحريك الجماعة لا يكـون ذا جدوى.

ولكن العلاج الفعلي هو التعامل مع القلق الذي ينشأ لـدى عضو الجماعة خلال محاولة تغييره لنفسه. فالوصول إلـى عقل شخص مجهد متوتر الأعصاب، أو الجدل مع شخص لا

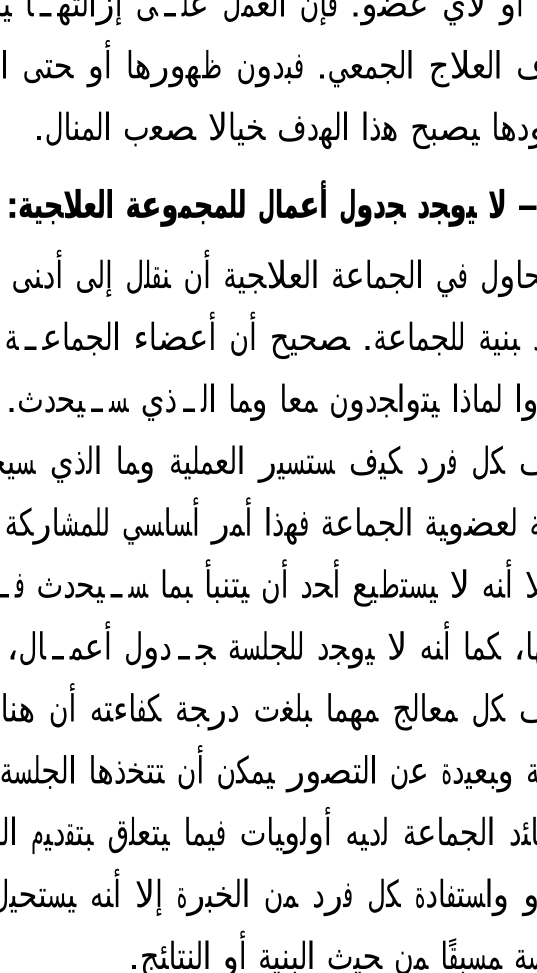
منطقي، ليس من العلاج في شيء. لكن الأمر اللازم بالنسبة لكل معالج جمعي أن تزداد معرفته وخبرته في التعامل مـع العمليات الانفعالية لدى الأعضاء.

١٧ – ليست الانفعالات السـلبية خـلال جلسـات العـلاج الجمعية شيئًا سيئًا كما أننا لا نتجنبها:

لا يجب أن نتجنب الانفعالات السلبية خـلال الجلسـات العلاجية. سد الطريق أمام الانفعالات ذات الطبيعة المعاديـة للمجتمع وعدم السماح لها بالطفو إلى السطح لا يؤدي إلـى نمو الأعضاء في مجال التعامل مع الحياة.

إن جماعة مسالمة ترفض أي تعبيـر عـن الخـوف أو الإحساس بالذنب أو القلق أو الغضب أو العداوة أو الاكتئاب أو الحقد أو الكراهية أو النفور ... ... الخ.

لا تكون واقعية لأنها ستصبح موقفًا آخر من لعبة الحيـاة حيث يخدع الجميع بعضهم بعضا متصورين أنهم يستطيعون العيش في انسجام. ولا يستطيع معظم الناس السيطرة علـى الانفعالات المقلقة، ولكن في داخل الجماعة العلاجية يستطيع الجميع أن يتعلموا وسائل أكثر فاعلية للسيطرة علـى هـذه الانفعالات طالما أنها لا تذكر أو تبرر.



فإذا كانت الانفعالات تشكل خطرا أو عائقًا نفسيا بأي شكل أو لأي عضو. فإن العمل على إزالتها يكون أول أهداف العلاج الجمعي. فبدون ظهورها أو حتى الاعتراف بوجودها يصبح هذا الهدف خيالا صعب المنال.

١٨ – لا يوجد جدول أعمال للمجموعة العلاجية:

نحاول في الجماعة العلاجية أن نقلل إلى أدنى حد من إيجاد بنية للجماعة. صحيح أن أعضاء الجماعة يجب أن يعرفوا لماذا يتواجدون معا وما الذي سيحدث. ولابد أن يعرف كل فرد كيف ستسير العملية وما الذي سيحصل عليه نتيجة لعضوية الجماعة فهذا أمر أساسي للمشاركة فيها.

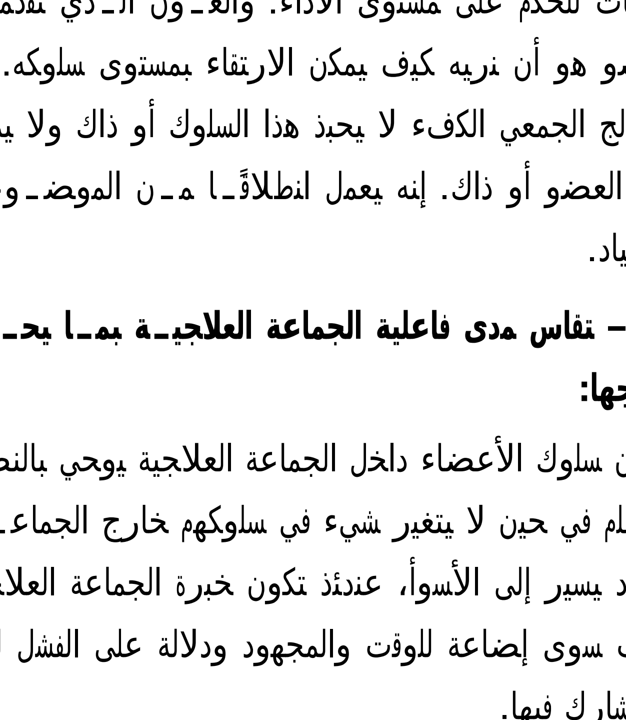
إلا أنه لا يستطيع أحد أن يتنبأ بما سيحدث في جلسة بعينها، كما أنه لا يوجد للجلسة جدول أعمال، ولابد أن يعرف كل معالج مهما بلغت درجة كفاءته أن هناك طرقا لا نهائية وبعيدة عن التصور يمكن أن تتخذها الجلسة. صحيح أن قائد الجماعة لديه أولويات فيما يتعلق بتقديم العون لكل عضو واستفادة كل فرد من الخبرة إلا أنه يستحيل أن ترتب الجلسة مسبقًا من حيث البنية أو النتائج.

ولا يعني ذلك أن المعالج الجمعي لا يتدبر ويتمعن موقـع الجماعة وما طرأ عليها من قبل وما الذي يمكن أن تئول إليه جهوده في الجلسات المقبلة. يستطيع المعـالج الجمعـي أن يضع خططًا ولكنه مستعد أيضا للتخلي عنها في أية لحظـة. المرونة والتلقائية وتقويم الوضع الراهن وما يمكن أن يصير إليه هي المحكات الضرورية للتدخلات العلاجية الماهرة.

١٩ – كافة أنواع السلوك في الجماعات العلاجية محايـدة، ليست شرا وليست خيرا:

كثيرا ما نسمع من أعضاء الجماعة أقوالاً مثل "هذا خطأ" " لا يجب فعل ذلك " " هل هذا شيء حسن؟ " " هل أحسـنت صنعا؟ " تصدر هذه العبارات، التي نصادفها أيضا في الحياة اليومية من أشخاص قليلي الحيلة يسعون إلى نـوال موافقـة الآخرين على أفعالهم. وهو نفس ما يمكن أن يحدث داخـل الجماعة. فإذا اعتقد القائد أن الأعضاء يجب أن يسلكوا بهذا الشكل أو ذاك فإنه يعزز ذلك السلوك الهادف إلى التقليل من شأن الذات.

نحن نقوم السلوك داخل الجماعات العلاجية باعتباره ناتجا وله أثر، وكل سلوك يعبر عن صاحبه وهو مسـئول عنـه.



ولكل سلوك درجة من الفاعلية أو الأثـر، ويمكـن وضـع محكات للحكم على مستوى الأداء. والعـون الـذي نقدمـه للعضو هو أن نريه كيف يمكن الارتقاء بمستوى سلوكه. إن المعالج الجمعي الكفء لا يحبذ هذا السلوك أو ذاك ولا يميل لهذا العضو أو ذاك. إنه يعمل انطلاقًـا مـن الموضـوعية والحياد.

٢٠ – تقاس مدى فاعلية الجماعة العلاجيـة بمـا يحـدث خارجها:

إن سلوك الأعضاء داخل الجماعة العلاجية يوحي بالنضج والتعلم في حين لا يتغير شيء في سلوكهم خارج الجماعـة، بل قد يسير إلى الأسوأ، عندئذ تكون خبرة الجماعة العلاجية ليست سوى إضاعة للوقت والمجهود ودلالة على الفشل لكل من شارك فيها.

والحق أن هذا نادرا ما يحدث فـالملاحظ المـدقق يجـد باستمرار عناصر إيجابية في خبرة الجماعة وتتضح آثارهـا في حياة الأعضاء وسلوكهم خارج الجماعة فإذا لـم يظهـر فرق في سلوك العضو وحياته خارج الجماعة بعد المـرور

بخبرة العلاج النفسي الجمعي فإذا ما حدث لم يكـن علاجـا نفسيا جمعيا بأي حال من الأحوال.

(لطفي فطيم، ١٩٩٤، ٦٨ – ٧٩)

الفصل الثالث

نظريات في العلاج النفسي الجمعي

الفصل الثالث

نظريات في العلاج النفسي الجمعي

المقدمة:

ليس العلاج النفسي الجمعي تجمعا لمجموعة من الأفـراد لهم قائد أو معالج ثم " يدردشون " في أي موضوع، بلا لابد من وجود خلفية نظرية لأي اتجاه يختاره المعالج وربما كان المريض في اختيار علاج نفسي جمعي ذا نظرية معينة. وقد أثارت قضية أهمية وجود نظرية تكمن خاف ممارسة العلاج النفسي الجمعي العديد من التساؤلات مثل: هل يمكن ممارسة العلاج النفسي الجمعي دون نظرية؟ وحين كانت الإجابة بلا. ظهر اتجاه آخر حبذ فكرة أن النظريات التي تطبـق علـى العلاجات النفسية الفردية هي نفسها التي تصلح للتطبيق فـي العلاجات النفسية الجمعية.

(لويس مليكة، ١٩٩٧)

لكن أصحاب هذا الاتجاه قدموا رأيا خلاصته أنه ليس من السهولة بمكان لمن مارس العلاج النفسي الفـردي (حيـث كانت العلاقة ثنائية) أن يمارس نفس الأسلوب مع مجموعة من الأفراد تحتاج (ولا شك) إلى تكنيكات وفنيات مختلفة.

وأن من يتعامل مع جماعة لابد أن يفهم مسار الجماعـة وطريقة نموها، وكذلك المهارة في استخدام ديناميات الجماعة لإحداث التغيير والتعديل في شخصية كل فـرد مـن أفـراد الجماعة. ولذ لابد لمن يريد أن يتخصص في العلاج النفسي الجمعي أن يتبنى أفكارا نظرية حـين تكـون الإجـراءات العلاجية لديه واضحة ومحددة ومتتالية من البداية لأننا نؤمن بحقيقة قول ديكارت: " إذا كانت النظرية بلا تجربة عميـاء، فالتجربة بلا نظرية عرجاء " وهنـا نجـد حتميـة ارتبـاط الممارسة والتجربة بنظرية معينـة توجـه مسـار الباحـث والممارس وجهة معينة.

وعموما تتعدد النظريات التي تنبثق منها أساليب الممارسة في العلاج النفسي الجمعي حيث يميل البعض إلى تصـنيف نظريات العلاج النفسي إلى فئتين هما: -

الفئة الأولى:

العلاج النفسي الجمعي الذي يركز على الفرد: حيث يميل أصحاب هذا الاتجاه إلى الأخذ بالنظريات المختلفة التي تكمن خلاف الممارسات العملية.

الفئة الثانية:

العلاج النفسي الجمعي الذي يركز على الجماعة: وتتعدد أيضا الأطر النظرية. وواضح رغم العديد من التصورات والأساليب والمناهج أنها تتشابه في حقيقة لا يمكن إغفال مغزاها أنها تركز على علاج الفرد في موقف جماعة إذ إن كل منهج منها انبثق كنظرية أو تكنيك من العلاج الفردي ثم استخدامه بعد ذلك في سياق جمعي. ولذا فإن المعالج هو حجر الزاوية في العلاج لأنه يحرك المرضى ويرشدهم إلى التغيير من خلال وسائله الفنية.

في حين نجد البعض يصنف نظريات العلاج النفسي الجمعي في خمس فئات هي:

الفئة الأولى:

وهي التي تنتمي إلى أفكار التحليل النفسي الجمعي عامة أو ما يسمى بعلم النفس الدينامي. ونجد بين هذه الفئة العديد من المفاهيم والنظريات منها نظرية فرويد الكلاسيكية والفرويديين الجدد باتجاهاتهم المتنوعة.

الفئة الثانية: هي التي انبثقت من ديناميات الجماعة.

الفئة الثالثة: هي التي جعلت من العلاقات بين الأشخاص موضوعا أساسيا في فهم السلوك.

الفئة الرابعة: هي الفئة السلوكية المعرفية والتـي تعتبـر السلوك تعلما يعتمد على المعرفة واكتساب المعلومات.

الفئة الخامسة: هي نظرية الجشطالت في العلاج الجمعي والتي حازت على شهرة واسعة خـلال عقـدي السـتينيات والسبعينيات ويدخل ضمن هذه النظرية نظريـة أرك بيـرن صاحب نظرية التحليل والتبادل التفـاعلي Transactional Analysis.

(رشدي فام، ٢٠٠٠)

وسوف نقتصر حديثنا - باستفاضة - عـن اتجـاهين يمثل كل منهما تيارا نظريا لا يمكن إغفاله لكـل مـن أراد التصدي للعلاج النفسي الجمعي أو حتى التعرف على أهـم " المحطات " في علم النفس.

أولاً: نظرية التحليل النفسي: حيث نـدرج تحـت هـذا المسمى اتجاهين:

الاتجاه الأول – التحليل النفسي الكلاسيكي:

المعتمد على التحليل النفسي الكلاسيكي لفرويد والذي يرى الجماعة ما هي إلا مجموعة من الأفراد يرتبطون من خلال عملية التوحد Identification مع القائد، ومع كل من الأفراد الآخرين. والقائد هو الأب الأول Primal والذي يخضع له كل عضو من أعضاء الجماعة أبناء.

وعلم نفس الجماعة في رأي فرويد هو العلم الذي يدرس الفرد في جماعة، وليس الجماعة بوصفها ككل والجماعة هنا قد تعني الأمة أو الطائفة أو المهنة أو المؤسسة. وقد يكون الفرد جزءا مكونًا لحشد من الناس انتظموا في جماعة لفترة معينة ولغرض معين.

وقد اعتقد فرويد أن العائلة وتفاعلات الطفل والموقف العائلي هي النموذج الأول Prototype للحياة الجماعية التالية. وفي الجماعة العلاجية يسلك الفرد غالبا نفس الأسلوب الذي كان يسلكه في جماعة العائلة. وقد لاحظ فرويد أننا بالإضافة إلى تأثير القائد في الأعضاء، فإن كل عضو فرد يؤثر في أعضاء الجماعة.

ولذا فإنه قبل البدء في العلاج النفسـي الجمعـي ووفقًـا لنظرية التحليل النفسي تتم مجموعة من الإجـراءات مثـل ضرورة إعداد المريض في جلسات تمهيدية – قبل الجلسات الفعلية، حيث يتم في هذه الجلسات إلقـاء التعليمـات عليـه والتشديد على ضرورة أن يكون أمينًا وجريئا ومتفتحـا مـع الآخرين بالرغم من أنه قد يكره وجود بعض الأفـراد فـي الجماعة وقد يبادلونه نفس الكره ولكن هذا لا يهم في بدايـة التفاعل لأن الصرامة ستقود إلى العديد من التعديلات.

بعد ذلك يتم اختيار المـريض المنـتظم فـي الجلسـات العلاجية النفسية الجمعية والتي تستند إلى نظريـة التحليـل النفسي الكلاسيكي إذ يتطلب ذلك جمـع أكبـر قـدر مـن المعلومات عن الشخص ويتم ذلك من خلال جلسات فرديـة: ودراسة الحالة مثلاً للتعرف على تاريخه السـابق ودرجـة القلق لديه وطبيعة علاقته بالسلطة والعديد من العوامل التـي خبرها الشخص عبر مراحل حياته المختلفة.

وغني عن البيان: أنه في مثل هذه الجلسات يتم التركيـز على الإسقاط والكبت والإنكار، والطرح والمقاومـة والنمـو النفسي الجنسي والدوافع اللاشعورية وتختلف هـذه الأنـواع

فيما بينها في درجة التركيز الذي توليه لمفهـوم بعينـه دون غيره. إضافة إلى الاهتمام بتحليل الأحلام والتـداعي الحـر والتفعيل وتفسير زلات اللسان والهفوات والنسيان إضافة إلى الأخذ في الاعتبار لمشكلة هامة تواجه الأعضاء وهي كيفيـة إنهاء الجلسات، لأن طول فترة التفاعل تكون قد خلقت لديهم نوعا من الاعتماد والتماسك.

(لويس مليكة، ١٩٩٠)

لذا يوصون بضرورة التمهيد لإنهاء الجلسات بوقت كاف يتراوح ما بين شهرين إلى ثلاثـة (مـن ٨: ١٢ جلسـة) لتجنب كافة الاستشكالات وكيفية مواجهتها. والانتهاء الناجح للعلاقة والذي يمكن أن يكون مصدر تشجيع للجميع ويقـود إلى نتائج إيجابية.

الاتجاه الثاني – الدينامي:

حيث ينظر أصحاب نظريات هذا الاتجاه إلـى السـلوك والتفاعل بين أعضاء الجماعـة فـي إطـار الموضـوعات المشتركة بين الأعضاء ويكون هـذا الموضـوع المشـترك غالبا رباطا لاشعوريا بين أعضاء الجماعة يتضح في العلاقة بين الطرفين بين الجماعة والمعالج حيث تظهر عملية الطرح

عن طريق تجنب ما قد يوحي بأن له سلطانا وهـو يمـارس الصمت ويشجع الجماعة على أن تتحمل مسئوليتها بنفسها.

ولذا فإن المعالج من هذا النوع قلما يتكلم، ومن النادر أن يوجه حديثه إلى عضو بعينه، وإذا ما تكلـم فإنـه يتنـاول الموضوعات اللاشعورية غير الظاهرة والتي تخص جميـع أعضاء الجماعة ولا يكون كلامه اسـتجابة للنقـاش الـدائر بينهم.

وعموما يفترض العلاج الجمعي الذي يستند إلى نظريـة التحليل النفسي (بشقيها الكلاسيكي/ الجديد) إلى حقيقـة أن سلوك الأفراد في الجماعة هو سلوك ظاهري يخفـي أشـياء أعمق، كما أن السلوك الملاحظ بين الأعضاء هو تعبير عن ظاهرة الطرح وقد يرتبط بما يدور في لا شعوره، وأن الفرد لا يدرك حقيقة دوافعه، أما المعالج فهو وحده الذي يسـتطيع أن يميز هذه الدوافع ويستطيع بمهاراته أن يسـاعد أعضـاء الجماعة على إدراكها نظرا لمعرفته الواعية بنظرية وفنيات العلاج النفسي الجمعي، ويتطلب ذلك عادة تقصي تاريخ حياة الأفراد والأحداث التي مروا بها خلال حياتهم.

(Arkowitz , 1998 , p: 261 – 304)

ثانيا – النظرية السلوكية الكامنـة وراء العـلاج النفسـي الجمعي:

إن العلاج السلوكي Behavior Therapy مـا هـو إلا تطبيق فعال لمبادئ التعلم. ولهذا فقد نشأ العـلاج السـلوكي وتطور إلى مجموعة من القواعد المنظمة الصالحة للممارسة الإكلينيكية والتي ظهرت حديثًا لمواكبـة ظهـور نظريـات التعليم والتشريط.

ولذا فإنه للعلاج النفسي الجمعي تتلاقى من خلاله ثـلاث أطراف نظرية هي: -

١ – نظرية التبادل الاجتماعي:

والتي تفترض أنه حين يتفاعل الناس مع بعضهم البعض فإنهم يحاولون تنظيم الثواب الناتج عن التفاعل، وفي نفـس الوقت تحجيم التكلفة أو العقوبات الشخصية الناتجة. وأن كل سلوك يترتب عليه ثواب وتكلفة للآخرين. وأنه في العلاقات السيكولوجية الناتجة تكون التكلفة من القلة بحيث يمكـن أن تركز التأثيرات الشخصية على المحافظـة علـى الثوابـت الناتجة عن العلاقة.

وفي العلاقات الشخصية غير الناجحة يكون العكس حيث يتخلص الأفراد من أي محاولة لإقامـة علاقـة ذات عائـد معنوي مثيب، وليس هذا فحسب بل قد يبقون علـى إبقـاء الجوانب المنفرة بعيدا أو تجميدها.

٢ – نظريات التعلم الاجتماعي: وهي مزيج من الاشتراط الإجرائي والاشتراط الكلاسيكي ونظريات النمذجـة. وهـذا نظام يتيح للفرد مميزات خاصة إذا قام بأداء سلوكيات معينة بواسطة التقليد.

(جورج إم غازدا، ١٩٨٦، ٢٠٣ – ٢٧٨)

١ – نظرية الدور الاجتماعي: وهذه النظريات تعتمد على دراسة المتغيرات القابلة للملاحظة. والظواهر القابلة للقيـاس والتطبيق في عملية التقدير في الجماعات السلوكية ولذا فإننا في أي جماعة يتوقع أن يظهر الناس السلوك الذي يتفق مـع مواقعهم الاجتماعية ومن ذلك أدوار القائد/ المريض/ الرفيق/ كبش الفداء/ الطفل المدلل ... ... الـخ. وهنـا ينـتج الصراع الاجتماعي حين يحاول عضو من الأعضـاء نبـذ الدور أو الأدوار التي من المفترض أن يقوم بها مـن قبـل الآخرين أو من خلال إدراكاتهم الذاتية. كما ينشب الصـراع

– أيضا – من خلال مبالغة عضو في سلوك الـدور كـأن يعوق قائد الجماعة عملية التفاعل.

ونرى أنه من المفيد في هذا المجال التطرق وبسرعة إلى نماذج من الفنيات التي تنهض عليها نظرية العلاج النفسـي الجمعي السلوكي.

١ – طريقة النموذج: *Model M*

ومؤسس هذه الطريقة ألبرت بنـدورا Albert Bandwr وتنهض طريقته على مفهوم المعانـاة Licariaw: فـالتعلم المباشر الذي يحدث من خلال المواقف الاجتماعيـة يعتمـد على ملاحظة سلوك الآخرين ونتائج هـذا السـلوك علـيهم والمثال الذي يوضح هذا الكلام – مثلاً – موظف قد حضـر موقفًا يتم فيه عقاب موظف زميل له من قبـل رئيسـه فـي العمل لخطأ ما ارتكبه هذا الزميل وهنا يتعلم الموظف الـذي شاهد زميله في موقف العقاب من عدم الوقوع فـي الخطـأ الذي وقع فيه الزميل. ولذا فإن أصحاب هذه الطريقة يذهبون إلى القول بأن طريقة النموذج تساعد على سـرعة عمليـة التعلم ولذا فإن جوهر العلاج وفقًا لهذه الفنية تـنهض علـى

حقيقة مؤداها: إذا كان السلوك اللاسوي غير المرغوب فيـه متعلما فيمكن عمل نموذج للسلوك المرغوب.

(Bandura , 1969)

ولذا فإن هذه الطريقة تصلح مع فئات أو حالات القصور الشديد في السلوك والتي عادة ما تشخص بالفصام مثل: عدم القدرة على الكلام. وحالات الأطفال الذين لديهم فصام حيث يذهب (لوفاس) إلى أن هؤلاء الأطفال ممكن تنمية قدراتهم الذهنية وعلاقاتهم الاجتماعية من خلال فنيات هذه الطريقـة. ولذا فإن الأفراد الذين بإمكانهم تطبيق هـذه الطريقـة هـم: الممرضات/ الآباء/ الطلبة.

٢ – طريقة تخطيط أو تحديد الدور: *Roleenactment*

ومن أنصار هذه الطريقة جـورج كيلـي George. S. Kelly وتقوم هذه الطريقة على تطبيـق مختلـف الأسـس لطريقة النموذج السابقة حيث تهدف طريقة تخطـيط الـدور كطريقة علاجية إلى تنمية خصائص جديدة فـي الشخصـية لدى البالغين حيث يعطي المـريض تخطيطـاً للشخصـية، وأوصافا للسمات المرغوب فيها ثم تتاح له الفرصة للتدريب على تلك الأنماط السلوكية الجديدة في الجو العلاجي والـذي

يتسم بالحماية والعطف والتأييد وذلك أثناء قيامه بتطبيقاتهـا في حياته اليومية/ الواقعية.

٣ – طريقة النموذج الرمزي *Symbolic Modeling*:

ومن أنصار هذه الطريقة جترون شتندون G. S حيث قام أصحاب هذه الطريقة بإعدادها عن طريقة النموذج لتصـلح لعلاج الأطفال الذين لهم استجابات عدوانية لمواقف الإحباط حيث يفترض فيها أن مشاهدة السلوك العدواني أو الاشتراك فيه يساعد على خفض حدوث مثل هذا السلوك. حيث مـثلاً يقوم مجموعة من الأطفال الـذين لـديهم ميـول عدوانيـة بملاحظة عدة مناظر فيها عرائس Dolis يتمثل أطفـال مـا قبل المدرسة، وهم في موقف يتضح فيه السلوك العـدواني، ثم وهم في موقف يتضح فيه السلوك التعاوني.

ولقد تبين للأطفال الـذين يشـاهدون هـذه المنـاظر أن الاستجابات العدوانية شيء يستحق الإثابة والمكافأة. وبمقارنة هؤلاء الأطفال بأطفال آخرين لم يشاهدوا هذه المواقف وجد تناقص وانخفاض مستمر في سلوكهم العدواني. ولـذا فـإن أفضل فئة تعالج بهذه الطريقة هم الأطفال – كمـا سـبق أن ذكرنا – والذين لديهم استجابات عدوانية وسلوك يميل للتسلط

والسيطرة. وإن كانت هذه الطريقة تحتاج إلى إعادة تكـرار مثل مناظر المشاهدة عدة مرات مع الشرح وتفضيل أو تحبيذ سلوك آخر وفقًا للثقافة السائدة.

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣)

٤ – طريقة التسلسل المتـدرج للنمـوذج *Graduated sequence of Model*:

وينهض العلاج في هذه الطريقة على وضع الأطفال الذين يعانون من مخاوف – مثل الخوف من الكلاب مثلاً – وبناء على سلوكهم الفعلي (الإحجام والفزع حين يرى كلبـا) أو من خلال ذكر والديه لذلك، في أربع مجموعات: -

- **أطفال المجموعة الأولى:** حيث اشتركوا فـي نمـاذج جلسات قصيرة شاهدوا فيها نموذجا لطفل غير خائف وكلبا يقترب منه. وقاموا باللعب معه كما قاموا بالتقليل من شأن الكلاب وذلك لمواجهة استجابات القلـق التـي تنشأ عن وجود الكلاب.
- **أطفال المجموعة الثانية:** فقد شاهدوا نفـس الموقـف السابق لنموذج الطفل مع الكلاب لكن الأطفـال كـانوا حياديين فلم يشاركوا باللعب أو أي سلوك من جانبهم.

- **أطفال المجموعة الثالثة:** فقد شاهدوا هذا الكلاب وحده دون نموذج الطفل وبهدف معرفة أثر التعرض للكلاب وحده.
- **أطفال المجموعة الرابعة:** فقد اشتركوا مع بعضهم في اللعب ولكن دون أن يوجد الكلاب أو النموذج للطفل في الموقف.
- وتقييم سلوكيات الأطفال بعد شهر من خلال ملاحظين يعطـون درجـات تسـمى درجـات الاقتـراب Appmachscore (أي مدى الاقتراب مـن الكلـب دون خوف) وقد وجد أن الأطفـال فـي المجموعـة الأولى والثانية قد حققوا درجات من النجاح في إزالـة الخوف أكثر من المجموعتين الثالثة والرابعة والتي لم تحقق أي تقدم يذكر.
- ولذا فإن أفضل فئات تستفيد من هـذه الطريقـة هـم الأطفال الذين يعانون من الخوف والإحباطات الشديدة والكف.

(عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣)

٥ – طريقــة التشــريط الإجرائــي *Openont Conditioning*:

وتصلح هذه الطريقة مع الأفراد: المشكلين، ذوي السلوك العدواني، والأفراد الذين لديهم مشكلات مزمنة مثل: فقـدان الشهية/ الأعراض السيكوسوماتية التـي تـداهم المرضـى، اضطرابات الكلام. ويذهب أصحاب هذه الطريقـة إلـى أن السلوك المرضي والمضطرب لا يرجع فقط إلـى عوامـل داخلية (داخل الفرد) بل تتعدد في الحقيقة لأسباب، وبعضها يرجع إلى عوامل خارجية توجد في البيئة التي يعيش فيهـا الفرد. ولذلك فإن تعديل السلوك من خلال إثبات نتائج يكون الإجراء الهام الفرد في السلوك. حيث يعتمد التطبيق العملـي لفنيات هذه الطريقة على ثلاثة عناصر هي:

العنصر الأول:

أن يكون نظام التدعيم والحـوافز قـادرا علـى تـدعيم استجابات الفرد وذلك بأن يتضمن هذا النظام جوائز عينيـة وأن يتضمن إعطاء الفرصة للمريض للاشتراك في الأنشطة الترفيهية إضافة إلى المدح والتأثير والتعضيد. مـن جانـب المعالج لكل عمل مرغوب فيه يقوم به الشخص.

العنصر الثاني:

أن يكون تطبيق نظام التدعيم والحوافز شرطًا من حدوث السلوك المرغوب فيه وعلى أن يتم في نفس الوقـت الـذي يحدث فيه هذا السلوك (أي اقتران السلوك المرغـوب مـع التدعيم والحافز).

العنصر الثالث:

أن يكون هناك نظام للإعلان عن السلوك المرغوب فيـه من بين المرضى وتقدير هذا السلوك موضوعيا عن طريـق الإعلان في لوحة الإعلانات حتى يراها الجميع.

(لويس مليكة، ١٩٨٩)

٦ – طريقـة الاقتـران الشـرطي المضـاد *Counten Conditioning*:

ولعل فئات: القلق والذين يعانون من سرعة الإحباطـات، وكذا مـن يعـانون مـن التـوترات المزمنـة الأعـراض السيكوسوماتية هم أكثر الأفراد اسـتفادة مـن فنيـات هـذه الطريقة.

وتنهض هذه الطريقة على فكرة مؤداهـا: أن المـريض النفسي يرجع في نظر أصحاب العلاج السلوكي إلى الأحداث

والخبرات التي مر بها الفرد وما اقترن بهذه المواقـف مـن عقاب أو توبيخ ما له من والديه (أو مـن يقـوم مقامهـا) ويتضح أثر العقاب في تعليم وتكوين دوافع سلبية أي علاقات انفعالية سلبية نحو موقع العقاب وأهم هذه الحالات الانفعالية الخوف والقلق ويتم هذا كله وفقًا لقانون الاقتران الشرطي.

ولذا فإنه إذا كان العصبي أو المريض النفسي يتكون لديه المرض أو يكتسب السلوك المرضي عـن طـرق وقواعـد وخبرات ومواقف اجتماعية من نوع ما فإن الشفاء والعـلاج يكون عن طريق إعادة تعرضه لحوادث وخبرات معينـة أو لنفس الحوادث التي خبرها أو إحلال الأمن والاطمئنان فـي الجلسة العلاجية بدلاً من وجود التهديد والقسوة التي سبق أن مر بها أو إحلال الأمن والاطمئنان. وتسمى هذه الطريقـة بالتشريط المضاد أي ارتباط الاستجابات الإيجابية المشـبعة بالحنان والحنو Warmth بالأحداث والخبـرات المحبطـة/ المهددة وهنا يتم اختفاء القلق بالتدريج.

٧ – طريقة إعاقة الحساسية *Desensitization*:

وقد تطورت هذه الطريقة من الطريقة السابقة. حيث وجد مدى صلاحيتها لمدى أوسع من علاج الاضطرابات. لذا فإن خطوات هذه الطريقة تتلخص في:

١ – يقوم المعالج بجمع مواقف التهديد والقلق والإحبـاط من المصادر المختلفة كالمقابلة والاختبارات النفسية ويضعها في قائمة مرتبـة ترتيبـا متـدرجا وفقـًا لاستجابات الشخص المتزايدة لها من القلق.

٢ – يطلب المعالج من المريض أن يسترخي اسـترخاء كاملاً وهكذا حتى يصل إلى درجة الاسترخاء الكامل عكس القلق الذي كان يعانيه.

٣ – يطلب المعالج من الشخص أن يتذكر صورة ذهنيـة لأول المواقف تهديدا والتي سـبق أن خبرهـا. ثـم يلاحظ المعالج ما ينتاب المريض من تغيرات عقلية أثناء ذلك فإذا ظهرت عليه أي توترات انفعالية طلب منه وقف عملية التذكر للموقف المهدد، كما يلاحـظ المعالج ما يطرأ من تغيرات أيضـا فـي حـالات الاسترخاء العضلي. فإذا لم يحدث فيها أية تغيـرات

طلب من المريض تذكر الموقف المهـدد، والأكثـر شدة من الموقف السابق.

٤ – وهكذا تتزايد المواقف – التي يتم اسـتدعاؤها مـن جلسة لأخرى – حتى تفقـد تأثيرهـا تمامـا علـى المريض بقدم وجود تغيرات من حالـة الاسـترخاء العضلي: فإذا لم يحدث أي تغيرات يستمر الشـخص في الاستدعاء تحت سيطرة وإشراف المعـالج. ولا شك أن الاسترخاء التـام هـو الاشـتراط المضـاد لمواقف التهديد الناتجة من وجود المريض في جـو آمن مطمئن وأساسها المعالج في المنـاخ العلاجـي الجيد.

(Fishman & Franks , 1992 , 159 – 198)

وهكذا من الضروري أن يكون للمعالج نظرة يستند إليهـا المعالج، وأن يكون " ملما ومدربا " على فنياتها وأن لا يقحم نظرياته على المجالات التي من المفترض علاجها بل لابد له من أن يختار الفنيات المناسبة مع طبيعة الحالة أو الحـالات التي يتعامل معها.

** ** ** **

الفصل الرابع

التخطيط في العلاج النفسي الجمعي

الفصل الرابع

التخطيط في العلاج النفسي الجمعي

مقدمة:

ليس العلاج النفسي الجمعي تجميعا لمجموعة من الأفراد يجلسون في مكان واحد ويدور بينهم العديد من المناقشـات والتفاعلات، بل لابد أن يكون هناك تخطـيط مسـبق لكـل مراحل وخطوات الجماعة العلاجية، وهـذه الخطـوة تقـوم مهمتها على عاتق المعالج لأن الكفاءة المهنية هامة جدا فـي هذا الأمر. لأن الكفاءة المهنية وحسن التدريب تلعـب دورا هاما في نجاح العلاج، ولهذا فإن الترخيص بمزاولـة مهنـة العلاج النفسي في كثير من الدول المتقدمة تشترط كثيرا من عوامل الخبرة والتـدريب والإلمـام النظـري والأكـاديمي بالمعرفة النفسية والاجتماعية فضلاً عن الوعي بالذات.

وإذا كان كل فرد ينضم إلى الجماعة بهدف معين يتمثـل في التخلص من مشكلة ما يعاني منها بهدف اكتشاف عالمـه الذاتي الداخلي وتحديد الأفكار والمشاعر والأفعال التي تعوق بدرجة أو بأخرى تحقيق أهدافهم أو بعبارة أخـرى أنـواع السلوك التي تهزم فيها الذات نفسها بنفسها مع تحديد أنـواع

هذا السلوك إلا أن قائد الجماعة لابد أن تكـون لـه أهدافـه الخاصة وهي التي تحدد التخطيط المسبق له وكافة التوقعات المختلفة لدى المعالج والمرضى.

وهناك العديد من القضايا التي يجب أن يخطط لها المعالج النفسي الجمعي، مثل: -

١ – حجم الجماعة: يتوقف حجم أعضاء الجماعة علـى عدة اعتبارات نجملها فيما يلي.

أ – مدى كفاءة ومهارة المعالج في قيادة الجماعة وخبرته وبالتالي فكلمـا زادت خبـرة المعـالج واطمئنانـه لمهاراته وقدرته القيادية كلما كان بالإمكـان زيـادة حجم الجماعة العلاجية والعكس صحيح أيضا، ولـذا فقد تضاربت الآراء بين الحجم الأمثل لعدد الجماعة.

فتارة نجد من يحبذ أن يكون أفراد الجماعـة مـن ٥: ٦ وهناك من يؤكد أن العدد يجب إلا يزيـد بـأي حـال مـن الأحوال على عشرة أفراد، وخاصة مـع المعـالج النفسـي الخبير لأنه من السهل عليه أن يتابع مدى تقدم كل فرد داخل المجموعة.

ب – يتوقف الحجم أيضا على مـدى تعقـد الإجـراءات العلاجية المستخدمة فإذا استخدمنا شكلاً واحدا مـن العلاج مثل التدريب على الاسترخاء مثلاً أو التطمين التدريجي فإنه لا بأس أن يزيد حجم الجماعة إلى ١٠ أو ١٢ شخصا، أما إذا كان الأمر يتطلب اسـتخدام تقنيات أخرى أكثر فإن من الأفضل للمعالج التعامـل مع جماعة صغيرة.

ج – يتوقف حجم الجماعة – أيضا – على عامل مقـدار عدد المعالجين المتواجدين أثناء الجلسات العلاجيـة فكلما زاد المعالجون كلما كان من الممكن زيادة حجم الجماعة إلى ١٠ أو ١٢ شخصا.

د – ويساهم العدد المتوفر من النزلاء المتواجـدين فـي المستشفى ومدى احتياجهم إلى هذه الخدمة النفسية.

والخلاصة أن حجم الجماعة يخضع لاعتبـارات عديـدة سبق أن أشرنا إليها كما لا توجد قاعدة ذهبية لتحديـد حجـم الجماعة أو أن ذلك يتوقف على الخبرة الخاصة.

ومن الخبرة الذاتية لكاتب هذه السطور أن حجم الجماعـة كلما كان صغيرا كلما زاد العبء والضـغط علـى أفـراد

الجماعة للمساهمة والتفاعل مما يؤدي إلى سرعة اكتشـاف الأفراد الذين يعانون من مشاكل انفعالية/ اجتماعية حادة على عكس الحال مع العدد الكبير نسبيا، ولكن في كل الأحوال لا يجب أن لا يزيد عدد الجماعة على (١٠) أفراد حتى يزداد التفاعل.

٢ – اختيار المرض: وتطرح هـذه القضـية إشـكالية تتلخص في هذا التساؤل:

هل من حق كل مريض أن ينضم إلى العـلاج النفسـي الجمعي أم أن المرضى الذين يجب أن ينخرطوا في العـلاج لابد من توافر محكات تؤهلهم للالتحاق أو عدمه في العـلاج الجمعي؟

في الواقع تختلف الإجابات ما بين مرجح لـدخول كافـة الأفراد المضطربين إلى العلاج النفسي باعتباره حقًا للجميع. وفئة أخرى تؤكد على ضرورة وضع العديد مـن الشـروط لاختبار الأفراد، وتتراوح هذه الطرق ما بين ضرورة إجراء التقويم التشخيصي الدقيق إلى مجرد تكوين جماعة علاجيـة من المرضى الذين يتواجدون في مكان واحد ولكـن علـى

العموم هناك محكين يتم اتخاذهما لتحديد أعضـاء الجماعـة العلاجية وهما: -

المحك الأول:

توافر الرغبة لدى المريض في أن يصبح عضـوا فـي جماعة وأن يسعى ويعمل من أجل أن يتحسن (أي لابد من الدافعية).

المحك الثاني:

أن تكون الجماعة العلاجية متجانسة وخاصة في العديـد من العوامل مثل: السن/ الذكاء/ المرض أو طبيعة المشكلات التي يعانون منها.

وعموما فقد دلت العديد من التجارب والخبرات الشخصية للعديد من الممارسين على ضرورة عدم خلط مرضى الذهان الحاد مع مرضى العصاب، كما نجد البعض يحبذ أن تكـون الجماعة – من الأفضل – غير متجانسة جدا لأن مثل هؤلاء لا يمتلكون الخبرة الناضجة في محيط اجتماعي واسع، كمـا لا يستطيعون المنافسة أو التفاعل الجماعي.

ولذا فمن الأفضل – كما نظن – أن تكون القاعدة الأساسية التجانس مع وجود قدر من التباينات يساهم في إثراء التفاعل داخل الجماعة.

٣ – عدد الجلسات: أيضا لم يقدم خبراء العلاج النفسي الجمعي إجابات قاطعة/ حاسمة عن هذه الإشكالية مستندين إلى حقيقة مؤداها: أن نوع المشكلة هو الذي يحدد مقدار الجلسات ومن الخطأ أن نحدد عددا معينًا من الجلسات ونحن لم نعرف بعد مدى عمق المشكلة أو مدى تجاوب الشخص وتفاعله.

وبما أن المشكلات والأهداف تتباين من جماعة إلى أخرى فلا نستطيع أن نجازف بالقول محتمين عددا معينا من الجلسات.

ففي البرامج العلاجية التي توضع لتدريب الآباء والأمهات على القيام بأدوارهم الوالدية – مثلاً – بفاعلية ونجاح تبين أن تحقيق هذا الهدف يحتاج لعدد من الجلسات يتراوح من ٦: ١٨ جلسة. وهو مدى مرتفع في الواقع، لأن هناك مراحل أخرى تتدخل في تحديد عدد الجلسات منها: مستوى التعليم لأن من المعروف أنه كلما كان مستوى التعليم مرتفعا كلما

قل عدد الجلسات المطلوبة والعكس صحيح. لكـن مسـتوى التعليم إذا كان عاملاً فعالاً في مثل هذه النوعية من الجلسات إلا أنه يتوارى إلى الظل أثناء تحديد عدد الجلسات المناسـبة لعلاج مشكلات أخرى مثل المخـاوف المرضـية والقلـق والاكتئاب وتوكيد الذات على سبيل المثال.

(حيث إن العلاج النفسي يقوم على الكلام وتحمل المريض مسئولية ذلك)

ولكن لحل هذه الإشكالية هناك قاعدة ذهبية مؤداها: أنـه كلما كانت المشكلات والأهداف واضحة لأفراد الجماعة ومنذ البداية كلما كان بالإمكان الإقلال من عدد الجلسـات. كمـا يفضل غالبية المعالجين أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع، ولو أنه من الأفضل أن تكون الجلسات في البداية مرتين أسبوعيا للمساعدة على تيسير التفاعـل بـين أفـراد الجماعة ومراقبة المشكلات وتحديد الأهداف العلاجية لكـل مريض على حده.

٤ – مقدار أو طول كل جلسة: تختلف أيضا الأمور حول هذه المسألة، فهناك بعض الجماعات التي تفضل أن يكون وقت الجلسة في العلاج النفسي الجمعي مثـل

الوقت المخصص للعلاج النفسي الفردي أي " ٤٥ " دقيقة في حين أن بعض الجماعات تفضل أن تكـون مدة الجلسة ساعة واحدة، على حين توجد جماعـات أخرى تفضل أن يكون العلاج الجمعي لمدة ساعتين.

في حين يفضل البعض أن يكون مقدار الجلسـة ثـلاث ساعات مع إعطاء (١٠) أو (١٥) دقيقـة كـل سـاعة للاستراحة ثم إعادة الاجتماع مرة أخرى بيد أن كاتب هـذه السطور لا يحبذ الطريقة الأخيرة لأنهـا تقطـع التواصـل والانفعال، وأنه من خلال الخبرة فـي هـذا المجـال فمـن الأفضل أن لا يقل العلاج النفسي الجمعي عن ساعة واحـدة وبصورة متصلة لاستمرار التفاعل.

وإن كان ذلك ليس بالتحديد القاطع لأنه قـد يثـور فـي الجلسة العديد من المشاعر والإجراءات العلاجية والتي يجب أن يفهمها أو يتدخل في شرحها وتفسيرها أو التدريب عليهـا المعالج في الوقت المناسب.

٥ – اختيار المكان المناسب للجلسات: ويتوقـف اختيـار المكان على نوع المشكلة المطلوب علاجهـا ولهـذا فكلما كان اللقاء في البيئة الطبيعية التـي سـيتفاعل

معها المريض بعد علاجه كلما كان ذلـك أفضـل، ولهذا كان أحد المعالجين يجري جلساته لجماعة من الجانحين في أمـاكن تشـبه الأسـواق والمحـلات التجارية التي ضبط فيها هؤلاء الجانحون يسرقون.

ويقترح البعض الآخر أنه من الأفضـل للأفـراد الـذين يعانون من مشكلات عدم توكيد الـذات أن تجـري بعـض الجلسات تحت إشراف المعالج ومراقبة الزملاء في مواقـف طبيعية كالمحلات التجارية وأماكن الترفيه، وغيرهـا مـن الأماكن والأشخاص المفترض أن المريض سيتعامل معهم.

وإذا كانت مثل هذه الأمور السابقة هامة ولا تثير العديـد من المشاكل في البيئات الأجنبية إلا أن الأمر لا يخلـو مـن مغامرة إذا تم في البيئة العربية أو التي ما تزال تنظر إلـى المرض النفسي والعقلي وكأنه وصمة عار فكيف يتم العلاج في بيئات طبيعية أو شبه طبيعية وهنـاك مـا هنـاك مـن اتجاهات وأفكار؟!

ولكن من الأفضل أن تعقد الجلسات في جو هادئ وفـي غرفة خاصة في المستشفى، ومن خلال الخبـرة الشخصـية فكان المدمن الذي وصل إلى درجة لا بأس بها مـن توكيـد

الذات مثلاً والقدرة على مواجهة الشوق إلى المخـدر كـان يسمح له بإجازة قصيرة مع المدمنين المتعافين (جماعـات ضد الإدمان) ويعود ليحكي خبرتـه مـرة أخـرى، ومـع الاستمرار في السلوكيات الإيجابية تـزداد مكافـأة الفريـق العلاجي له بمنحة المزيد من الإجازات وهكذا.

٦ – طريقة جلوس أعضاء الجماعة: بالرغم من أن هـذه الإشكالية لا تبدو ذات وزن ضمن القضـايا الهامـة للتخطيط لجلسات العلاج النفسي الجمعي إلا أنه يجب تحديد كافة الأمور ومنـذ البدايـة، ورغـم تعـدد الأوضاع التي تتواجد فيها الجماعة أثناء الجلسـة إلا أنه من الأفضل أن يجلس الأفراد في نصف دائرة.

أو يغلقون الدائرة وبشرط أن يكون المعالج جالسا ضـمن هذه الدائرة وليس في وضع منفصل تماما عنها حتـى يـتم التفاعل وبصورة إيجابية مع الأخذ فـي الاعتبـار طبيعـة الجلوس الأكثر انتشارا في البلد أو المكان الذي يجري فيـه العلاج، فعلى سبيل المثال مثلاً يفضل الأفراد في دول الخليج الجلوس إلى الأرض متكئين إلى وسائد، ومن الأفضل إجراء العلاج الجمعي والمرضى يجلسون حتى وإن اتكأ بعضـهم،

بدلاً من الإصرار على ضرورة الجلوس إلى كراسٍ مـثلاً، هذا أقرب إلى إثارة التفاعل وبأسرع وقت ممكن.

٧ – تعريف أفراد الجماعة بأهـداف وخطـة العـلاج:

وتنهض هذه الإشكالية على ضرورة احترام إنسانية المرضى، ولهذا يجب أن يشرح المعالج للمرضـى ككل هدف وخطة العلاج النفسي وواجبـاتهم، بـل يستحسن للمعالج أن يقابل كل مريض علـى حـده ويعرف منه مسبقًا بما سـيتوقعه مـن الجلسـات، وبالطريقة التي سيتعامل بها، على أن يشرح الهدف بصورة عامة ولا داعي للاستعراضات النظرية.

كما نجد أن العديد من المعالجين يصر على توقيع عقـد بين المريض والمعالج، مؤكدين أن التعاقدات Contracting مع المرضى شديدة الفائدة لأنها تحدد ومنذ البداية التوقعـات المتبادلة بين الطرفين، وتحدد الحـدود أو ترسـم الحقـوق والواجبات المنوطة لكل طرف، فضلاً عن أن للعقد وظيفتـه الرئيسية والمتمثلة في تعريف المريض بأهداف العلاج.

فضلاً عن أن توقيع العقود من قبل المرضى يساعد على ترسيخ التماسك بين أعضاء الجماعة وذلك لأن الجماعة عادة

ما يزداد تماسكها إذا كانت التوقعات بـين أفرادهـا محـددة وحاسمة، صحيح أن التماسك لا يتم فقط بهذه الطريقة بيد أن تحديد الأمور والإحساس بالمسئولية، ورغبة المريض أن يتم هذا التعاقد، كل هذه عوامل ولا شك هامة جدا فـي نجـاح وإثراء التفاعل العلاجي بين أعضاء الجماعة.

ويحدد هولاندر وكازلوكا (Hollander & Kazooka , 1988 , K) العديد من الميكانيزمات في الجلسات العلاجية النفسية الجمعية نجمل بعضها في: -

أ – التحكم في التوقعات: مـثلاً مـن خـلال المرضـى ومناقشة نجاحات سابقة للإجراءات العلاجية المتخذة.

ب – المعايير الجماعية: وذلك من خلال تدعيم الفـارق للمعيار الملائم المرتبط بالسلوك.

جـ - التعاقد: وهو يكون عادة شبه رسمي في صـورة وثيقة مكتوبة تحدد السلوك المستهدف تغييره.

د – النمذجة: حيث تتوفر للقائد فرص عديـدة لنمذجـة السلوك المناسب، كما تتوفر فرص لأعضاء الجماعة لكي يكونوا نماذج لغيرهم من الأعضاء.

هـ - لعل الأدوار " بروفات " السلوك: إذا لا يجـب أن يكتفي الأعضاء بملاحظة السلوك المناسب بل يجب أيضا أن يعطوا الفرصة لممارسة هذا السلوك.

و – التدريب على ممارسة السلوك المستهدف: بواسطة الأعضاء ومن خلال المحاكاة لمواقف وبصورة دقيقة قدر الإمكان.

ط – تكوين جماعات علاجية: ثنائية، وهـذه الجماعـات يتكون كل منها من فردين بهـدف تبـادل المائـدة والتشجيع.

ظ – التدعيم من قبل الأعضاء: وهكـذا يجـب أن يـتم التخطيط لكافة مراحل وخطوات العلاج ومنذ البداية، بيد أن التخطيط ما هـو إلا جانـب مـن الجوانـب المطلوبة من المعالج أو قائد العلاج النفسي الجمعي، وهذا يقودنا إلى الفصل التالي: للحديث عن المهارات التي يجب أن يتمتع بها لأننا نرى أن نجاح العـلاج من عدمه يتوقف في جزء كبير منه علـى مهـارة المعالج.

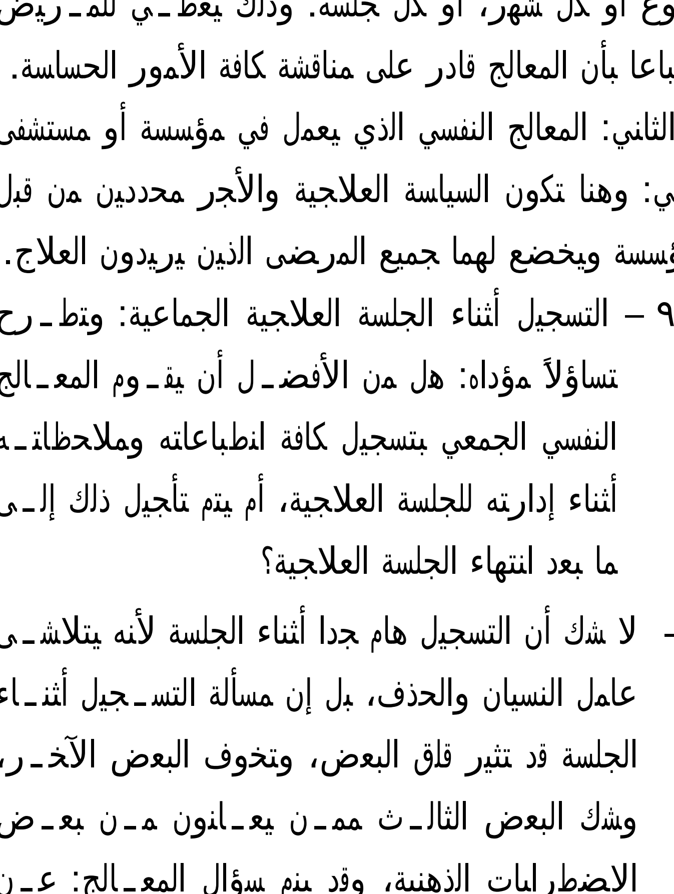
٨ – الأجر: هل يتقاضى المعالج أجرا أم يتغاضى عن ذلك مراعاة لظروف المريض الاقتصادية؟

هناك اتجاهان:

الأول: يرى أنصاره بأن يدفع (المريض) أجرا بغض النظر عن ظروفه الاقتصادية، وأن دفع الأجر يجعل المريض ملتزما ويعلم أن العملية العلاجية أمر جاد وليس (هزلاً) لدرجة أن البعض يصر على ضرورة أن يتقاضى المعالج أجرا عن الجلسة العلاجية التي كان من المقرر أن يحضرها المريض ولم يحضر أو لم يعتذر مقدما عن الحضور.

الثاني: يراعى أيضا هذا الاتجاه، بأن يكون الأجر مرتبطًا بظروف المريض، وإذا كانت ظروف المريض لا تسمح بدفع الأجر (المتعارف عليه) فيجب النظر إلى هذه المسألة بعين الاعتبار (Prenner , D , 1985 , p: 23 – 24) إلا إننا يجب أن نشير إلى ضرورة التفرقة بين أمرين: -

الأول: معالج نفسي يعمل في عيادته الخاصة: وهذا يجب أن يحدد أجرا محددا نظير كل جلسة، أو يجب أن يتناقش مع المريض في كافة الخطوات بما في ذلك الأجر، ومنذ بداية



الجلسات، ويفضل البعض تقاضي مبلغ معين مقدما كل أسبوع أو كل شهر، أو كل جلسة. وذلك يعطي للمريض انطباعا بأن المعالج قادر على مناقشة كافة الأمور الحساسة.

الثاني: المعالج النفسي الذي يعمل في مؤسسة أو مستشفى نفسي: وهنا تكون السياسة العلاجية والأجر محددين من قبل المؤسسة ويخضع لهما جميع المرضى الذين يريدون العلاج.

٩ – التسجيل أثناء الجلسة العلاجية الجماعية: وتطرح تساؤلاً مؤداه: هل من الأفضل أن يقوم المعالج النفسي الجمعي بتسجيل كافة انطباعاته وملاحظاته أثناء إدارته للجلسة العلاجية، أم يتم تأجيل ذلك إلى ما بعد انتهاء الجلسة العلاجية؟

- لا شك أن التسجيل هام جدا أثناء الجلسة لأنه يتلاشى عامل النسيان والحذف، بل إن مسألة التسجيل أثناء الجلسة قد تثير قلق البعض، وتخوف البعض الآخر، وشك البعض الثالث ممن يعانون من بعض الاضطرابات الذهنية، وقد ينم سؤال المعالج: عن مغزى ما يكتبه؟ وما هي الجهة أو الجهات التي ستطلع عليه؟ وما مصيرنا بعد ذلك؟ وقد ينجح أو

يفشل المعالج في إقناع المرضى بوجهة نظـره، وقـد يستغرق ذلك وقتًا طـويلاً وقـد تـؤدي مثـل هـذه التساؤلات إلى (قطع تفاعل الجلسة العلاجية) مما قد يخرج بالهدف العلاجي عن محتواه.

وأخيرا هل يتم التسجيل كتابـة أم مـن خـلال مسـجل (صوت) كل هذه التساؤلات أثارت العديد مـن وجهـات النظر:

وجهة النظر الأولى: يرى أصحابها بضرورة أن لا يـتم التسجيل – بأية صورة من الصور إبان الجلسـة العلاجيـة للجماعة، وأن يتم ذلك عقب انتهاء الجلسـة، حيـث يقـوم المعالج بتدوين ملاحظاته وطرق التفاعل وسـير المناقشـة، ويكون ذلك في الوقت الفاصل بين كل جلسة علاجية وجلسة علاجية أخرى. وأن المرضى لا يجب أن نشغلهم بهذا الأمر البتة حتى لا نثير مقاومتهم ونشتت جهودهم ونشـغلهم عـن الهدف الأسمى الذي جاءوا من أجله (العلاج).

وجهة النظر الأخرى: ويرى أصحابها ضرورة أن توضح مثل هذه الأمور إما مباشرة (عن طريق التحدث فيها) إلى المريض أو المرضى وأن ذلك مجرد إجراء روتيني الهدف

منه تسجيل نمو أعضاء الجماعة والعملية العلاجية وأن هـذا الإجراء يهدف إلى مصلحتهم في المقـام الأول، والـبعض الآخر يفضل توضيح مثل هذه الأمور وغيرها في (كتيب) يقدم للمريض قبل إجراء الجلسة الأولى، ويمكن فتح المجالس لإجراء (مناقشة) حول بعض الأمور وفقًا لتساؤلات بعض الأعضاء. وأن توضيح مثل هذه الأمور منذ البداية إنما يخلق حالة من التوعية والدافعية. (لويس مليكة، ١٩٩٧، ٦٤)

١٠ – كيف تبدأ الجلسات العلاجية الأولى:

لعل خبرة المعالجين النفسيين في هذا المجال قد أوضحت أن بداية الجلسات العلاجية الجماعية هي: أصعب اللحظات، وذلك لأن هناك تجمعا من الأشخاص هذا التجمع يثير القلـق والريبة والشك عند الآخرين، وهنا تثور القضية:

- كيف يقطع المعالج النفسي الجمعي هذا الصمت؟
- كيف يكسر المعالج النفسي الجمعي هذا الشك؟
- من أي البدايات يبدأ؟
- كيف يصل بالجماعة العلاجية إلى درجة التفاعل المطلوبة للسير في الخط العلاجي؟

وقد أفادت الخبرة في هذا المجال – بأن علـى المعـالج النفسي الجمعي أن يفعل الآتي:

١ – الصمت التام حتى يبدأ أحد أفراد الجماعة في قطـع هذا الصمت ولا شك أن ذلك قد (يجر) الجماعـة إلى الحديث والتفاعل.

٢ – قد يبدأ المعالج بأن يشرح المطلوب مـن أعضـاء الجماعة إبان الجلسات العلاجية مركزا على ضرورة الالتزام بالصراحة والصدق وأن مـا يـدور داخـل الجماعة (سرا) لا يجب تداولـه خـارج الجلسـة الجماعية، ويبدأ هو بتقديم نفسه لـيس مـن خـلال المعلومات الشائعة والمعروفة عن الشخص من قبيل الاسم/ السن/ المهنـة/ التعلـيم/ الديانـة/ الحالـة الاجتماعية/ السكن ... الخ ولكن أن يقدم نفسه كمـا يراها هو.

٣ – أو أن يبدأ المعالج بأن يطلب من كل عضو أن يكتب قائمة بالمشـكلات التـي يريـد الـتخلص منهـا، والسلوكيات التي يجد نفسه يفعلها وتسبب لـه ألمـا ذاتيا.

ومن هذه المشكلات والسلوكيات المعوقة للتوافق

- الافتقار إلى مهارات الحديث.
- القلق في مواجهة نماذج السلطة كالآباء والمدرسين والرؤساء.
- القلق في مواجهة أفراد الجنس الآخر.
- العزلة الاجتماعية.
- الشعور بالإهمال في مواجهة الآخرين.
- العجز عن تكوين صداقات عميقة ذات معنى.
- العجز عن الرفض أو التفوه بكلمة لا.
- افتقار القدرة على تقديم اقتراح.
- الخوف من إظهار المعارضة.
- افتقاد القدرة على مدح الآخرين.
- التفكير المستمر في أشياء قبيحة.
- العجز عن إظهار الغضب.
- عدم القدرة على الحوار والجدل مع الآخر وإقناعه بوجه نظره.

- الإدمان والاعتقاد بأن (المخدر) هو محور ومرتكـز الحياة.
- العجز عن مواجهة الإحباطات والضغوط.
- الاعتمادية الشديدة.
- الإحساس بالندم المستمر والشعور بالذنب.
- العجز عن التخطيط.

وغيرها من المشاكل والسلوكيات التي تعوق توافق الفرد.

ثم يتم قراءة هذه المشكلات التي كتبهـا كـل عضـو ثـم التصويت على نقطة البداية.

٤ – يلجأ بعض المعالجين النفسيين الجمعيين إلى تكنيـك تكميل الجمل في بداية الجلسات العلاجية محققًا عدة أهداف منها: تنشيط الجماعة، خلق حالة من التركيز، الدخول في تفاعل مباشر مـع بعضـهم الـبعض، التحدث عن النفس بصورة واضحة، القضاء علـى حالة التردد وعدم الثقة التي يبديها أعضاء الجماعـة تجاه بعضهم البعض وفي بداية الجلسات العلاجية.

ويكون هذا التكنيك منطلقًا لبدايـة الجلسـات العلاجيـة الجمعية.

٥ – يلجأ بعض المعالجين النفسيين إلـى اللجـوء إلـى تكنيك: كتاب خطاب شفوي مفتوح ... حيث يطلـب من شخص أن يتخيل شخصا آخر لعب دورا هامـا في حياته/ سواء بالسلب أو الإيجاب، وسواء أكـان هذا الشخص ما زال حيـا أو متوفيـا، وأن يشـمل الخطاب كل ما يريد أن يقوله الشـخص للشـخص الآخر الذي سيوجه له الخطاب بدون مواربة وحـين يتم ذلك يطلب من أعضاء الجماعة أن يستجيبوا لهذا الخطاب بالتعديل والإضـافة والحـذف ... حتـى يكتسب الشخص السلوك السوي الذي مـن خلالـه يستطيع أن يعبر عن غضبه واستيائه وتوتره حـين يخاطب أو يحاور شخصا آخر.

٦ – أو قد يطلب المعالج النفسي في بداية الجلسـة مـن أعضاء الجماعة أن يدعو أحد أعضاء الجماعـة أن يطلق لخياله العنان، ويتصور أنه قادر على أن يمتلك أو ينجز كل ما يريد. ولا شك لأن اللجوء إلى هـذه الحيلة/ التكنيك تكون جد مفيدة لأنها: تكشـف عـن رغبات وآمال وإحباطات الشخص، وفي نفس الوقت

تثير خيال الآخرين، إضافة إلى إعطاء الأشـخاص ميزة (التحرر) من أسر الواقع وقيوده. ويكون هذا التكنيك مفيدا في دخـول الأشـخاص فـي تفاعـل علاجي.

٧ – أو قد يطلب المعالج النفسي الجمعي من كل شخص أن يكتب انطباعه الأولي عن كل فرد في الجماعـة، ولا شك أن هذا التكنيك هام ومفيد لأنه:

- يوضح انطباع الشخص عن الآخر.
- يوضح كيف يتم إدراك (الشخص الواحد) من قبـل الآخرين.

إلا أن هذا التكنيك يخلق حالـة مـن التفاعـل والمتعـة والدهشة والاستبصار لدى الشخص ولدى الآخرين.

وهكذا تتعدد التكنيكات والأساليب التي من الممكن أن يلجأ إليها المعالج النفسي الجمعي لكسر حـدة الصـمت والشـك والتردد والقلق الذي ينتاب الجماعة العلاجية في أول جلساتها العلاجية الجمعية.

١١ – كيف ينهي المعالج النفسـي الجمعـي الجلسـات العلاجية:

مثلما كانت البداية صعبة ومتوترة تكون نهاية الجلسـات صعبة ومثيرة للعديد من المشاعر والأحاسيس، فلقد تفاعـل أعضاء الجماعة مع بعضهم البعض، ومـروا بالعديـد مـن الخبرات، وأتيحت لهم فرص للتعارف وكشف (نفوسـهم) بدرجة أكبر وها هي الأيام تقترب وسوف يسدل الستار عـن هذا (التجمع).

ومن الأساليب التي يلجأ إليها المعالج النفسي الجمعي في هذا الأمر:

- إخبار أعضاء الجماعة – بنهاية الجلسات الجمعية قبل نهايتها بفترة كافية (قد تكون شهرا أو أكثر) حتـى يستعد أعضاء الجماعة لذلك نفسيا وعقليا.
- أن يوضح لأعضاء الجماعـة أن (موقـف العـلاج النفسي الجمعي) مثله في ذلك مثل أي (موقف فـي الحياة) لابد أن ينمو ثم يتلاشى.
- أن يوضح لهم أن أي شخص احتاج إلى معونة نفسـية عليه أن يحضر في أي وقت (مما يخلق حالـة مـن الأمان لدى الشخص الذي يقلق من هذه الجماعة).

- أن يطلب المعالج النفسي الجمعي من كـل عضـو أن يضع قائمة بأسماء أعضاء الجماعة أو أمام كل اسـم أهم خاصية تميزه في مجال تـدعيم الـذات (سـمة إيجابية) وأيضا يكتب بجوارها (سمة سلبية) ثم يقوم كل شخص بقراءة ما كتبه عن الشخص الآخـر مـن مميزات وعيوب.

(ولا شك أن ذلك يوضح النتائج التـي أسـفرت عنهـا الجلسات العلاجية).

- أو يطلب المعالج من كل شخص أن يحدد سلوكًا كـان قد دخل إلى العلاج الجمعي بهدف تغييره وقـد تغيـر بالفعل مدللاً على ذلك بالعديد من الأمثلة الحياتية التي أحرز فيها نجاحا.

- أو يطلب من كل شخص أن يحدد لنفسه مجموعة من الأهداف التي يجب أن يسعى إلى تحقيقها، وما توقعـه للعقبات التي سيواجهها وكيفية المواجهة.

- أو يختتم بتكنيك يطلب فيه من كل شخص أن يتخيـل أن أعضاء نفس الجماعة سوف يتقابلون بعد سـنة أو أكثر بعد هذا اللقاء. فماذا سيحدث؟ وما هي الأحاديث

التي يمكن أن تطرح؟ وما هو كـم التغيـرات التـي ستكون قد حدثت بالفعل لدى أعضـاء الجماعـة؟ ... الخ.

ولا شك أن هذا الأسلوب يخلق حالة من المرح والسعادة والتفاؤل لدى أعضاء الجماعة ويكون نهاية (سـعيدة غيـر درامية) لدورة حياة الأعضاء إبان فترة الجلسات العلاجيـة الجماعية.

** ** ** ** **

الفصل الخامس
الشروط الواجب توافرها في شخصية المعالج النفسي الجمعي

الفصل الخامس

الشروط الواجب توافرها في شخصية المعالج النفسي الجمعي

مقدمة: نتناول في هـذا الفصـل قضـية هامـة تتعلـق بالخصائص والسمات والشروط الواجب توافرها في المعالج النفسي الجمعي؟

- هل يصلح كل شخص لأن يكون معالجا نفسيا؟
- وهل في إمكانية كل شخص أن (يستمع) إلى همـوم ومشاكل ومآسي الآخرين معظم الوقت؟
- وهل فعلاً أن (بعض الأشـخاص) يتجهـون إلـى ممارسة العلاج النفسي هروبا من أزمات انفعالية تلـم بهم؟
- باختصار هل المعالج النفسي – كما يقول أنطون ستور – قديس يعيش بيننا على الأرض؟ أم يكـون مختـل العقل؟
- يجمع المشتغلون بالعلاج النفسي على ضرورة تـوافر مجموعة من السمات والخصـائص والشـروط فـي

شخصية الشخص الذي يتجه ويمـارس ويـنجح فـي عملية العلاج النفسي.

ولقد حدد أنطون ستور في كتابه الموسوم (فـن العـلاج النفسي) هذه الشروط في: -

١ – أن يكونوا ذوي اهتمام بالبشر من النواحي الشخصية أكثر من اهتمامهم بالنواحي اللاشخصية، وأن الأفراد الذين ينجذبون إلى العلوم المنضبطة (مثل العلـوم الطبيعية) تكون أمزجتهم مختلفة عـن الأشـخاص الذين ينجذبون إلى العلوم الإنسانية والفنون، وأن ذلك يتحدد منذ فترة بعيدة من نمو الشخص.

٢ – حبهم للأدب والفنون.

٣ – القدرة على التعاطف مع الآخرين وعلى مدى واسع مع الشخصيات المختلفة.

٤ – فهم دوافع وأفعال الآخرين.

٥ – القدرة على التعبير عن الانفعالات مع الآخرين.

٦ – الوعي بمشاعره هو نفسه في المقابل فهـم مشـاعر الآخر (المريض).

٧ – أن يكون غير متسلط وأن دوره ليس فرض شروط وأسلوب حياة على (المريض) بل إن دوره ينتهـي عند حدود معاونة المريض على مساعدة نفسه.

٨ – الفهم الواعي لكل رغبات واحتياجات الآخرين ذلـك لأن المعالج النفسي لا يندهش أو لا يسـتغرب مـن نزوات ودوافع شخص ما بل يستمع إلى كـل ذلـك بهدوء ورحابة صدر.

٩ – القدرة على " جر " الناس إلى الكلام بأقل قدر ممكن من الألفاظ.

١٠ – القدرة على الصمت لفتـرات طويلـة، وإذا كـان الصمت يبدو كسلوك سلبي ظاهريا إلا أن المعـالج يحوله إلى أسلوب عملي يقوم على ترتيب الأفكـار، ربط الأشياء ببعضها ببعض، تقديم تفسير ... الخ.

١١ – القدرة على فصل المشاكل الشخصية عن مشـاكل الآخرين، وفي هذا يقول أنطون ستور: إن المعـالج النفسي لديه مشاكل مثله مثل الآخرين وأن الوحيدين الذين لا مشاكل لديهم هم المـوتى، أو الـذين بلـغ

جمودهم وتصلبهم وعدم وعيهم بأنفسهم حدا لم يعد يسمح لهم بالنمو والتطور (ص ٢٥٠).

١٢ – القدرة على الحب والعطاء والود مع الآخرين ذلك لأن الكائنات البشرية لا نهاية للعجب منها أو هي مركبات معقدة من كافة الصفات الخيرة والشريرة (أنطون ستور، ١٩٩١، ٢٢٩ – ٢٥٧).

- في حين أن العديد من الدراسات قد وجدت ضرورة توافر ثلاثة شروط أساسية في شخصية المعالج النفسي (سواء أكان فرديا أم جمعيا) هي: -

١ – التعاطف ***Empathy*****:**

ويقصد به الحساسية والاستجابة المتفهمة لمشكلات المريض واحتياجاته ومشاعره والظروف التي يحيا فيها المريض. وبعبارة جامعة:

القدرة على معاينة نفس الظروف وإدراك العالم من وجهة نظر المريض وبشرط أن يتم التعاطف مع المريض في حدود معقولة. لأن العلاج الناجح يتطلب من المعالج قدرا من الانفصال عن المريض وعالمه حتى يكون قادرا على الرؤية الموضوعية للظروف المحيطة بالمريض.

٢ – الدفء *Warmth*:

ونعني به احترام المريض وحبه كإنسان بغض النظر عن وجود أي جوانب مرضية في شخصيته – إن ذلك لا يمنـع المعالج من أن يكون ناقدا أحيانًا وموجها. لأن بالإمكـان أن نواجه الناس وننتقد بعض تصرفاتهم دون أن نتعدى حـدود الاحترام والتقدير والحب لهم.

٣ – الصدق *Genuineness*:

ويقصد به القدرة على تجاوز المهارات والفنيات الشـكلية من العلاج من أجل المساهمة الصادقة مع المريض في حـل مشكلاته. ولا يمنع ذلك أن يحزن المعالج مع المكتئبـين أو يبكي لبكائهم لكن أن يكون متفهما لهم على المستوى النفسي، وأن يكون مدركًا أن العلاج النفسي ليس بكامله تطبيقًا حرفيا لبعض التقنيات والمهارات وإنما هـو مشـاركة ومسـاهمة صادقة ونشطة مع المريض لحل مشاكله.

- ويقدم رشدي فام منصور (٢٠٠٠) خبرته في هـذا المجال من خلال التركيز على خصـائص يجـب أن تتوافر في شخصية المعالج النفسي الناجح وهي: -

١ – عشق العمل في مجال العلاج النفسي: ذلك لأن مهنة العلاج النفسي تتضـمن نـوعين مـن الأحاسـيس المتناقضة، أحاسيس بالسعادة جراء تخفيف المعانـاة عن الآخرين وأحاسيس بالمكابدة والإرهـاق نتيجـة الانشغال بمشاكل الآخر دون التوحد معها إضافة إلى العائد المالي الأقل.

٢ – الحس الإكلينيكي: حيث تمتزج المشاعر والأحاسيس مع جانب معرفي عقلي في وحدة واحدة تسمى الحس أو الحدس الإكلينيكي.

٣ – الفطنة إلى حتمية الذاتية: كلما زادت فطنة المعـالج إلـى حتميـة الذاتيـة، زاد اقترابـه مـن تحقيـق الموضوعية، وهذا يعني أن يكون المعالج على وعي كاف بنقاط القوة والضعف في شخصيته وهو يجادل عن وعي باستمرار فض الاشتباك بين هذه النواحي وبين مشكلات المريض.

٤ – التواضع: المعالج المتمكن يكون في العادة متواضعا مما يقوده إلى نشأة جو من الثقة بينه وبين المريض عكس الحال المعالج المغرور أو المتكبر.

٥ – الاستماع بأذن ثالثة: مما يميز المعالج الناجح هو رقة مشاعره وأحاسيسه وأن يستمع بتعاطف للآخر دون أن يتوحد به، كما تجعله حساسا لما لم يقله المريض أو ما لا يمكنه أن يقوله وكأن المعالج هنا يستمع إلى المريض بأذن ثالثة.

٦ – توافر الذكاء المتسق: كثيرا ما يلجأ المريض إلى إغراق المعالج بكم هائل من التفاصيل الكثيرة والمبررات والدفاعات، ولابد للمعالج أن يكون ذكيا ولماحا حتى يستطيع أن يصل إلى الخط العام والمشترك والأساسي لمشاكل المريض وصولاً إلى فرز الغث من الثمين.

٧ – الانشغال بمشكلة المسترشد: المعالج الجيد هو الذي ينشغل بمشكلات مسترشده، بل قد يصل الانشغال إلى حد أن يكون مهموما بحال المسترشد، محاولاً الوصول إلى حلول (أو التلميح به) له.

٨ – الاستماع الجيد... حديث جيد: المعالج الجيد هو الذي يجعل شعاره " الاستماع الجيد ... حديث جيد "وهذا يفرق بين المعالج المبتدئ والمعالج المخضرم"

٩ – خير الحديث ما قل ودل: المعالج الجيد يفكر كثيرا ويتكلم قليلاً، وأن العبارات الموجزة القليلة أكثر فعالية من الإسهاب والإطناب.

١٠ – اعتراف المعالج بأي خطأ يقع فيه: المعالج الجيد هو الذي يكون على استعداد تام ودائم للاعتراف بأي هفوات أو خطأ من جانبه. وأن المعالج لابد وأنه سيقع في أخطاء (لأنه إنسان) ولذا لابد من عملية التقييم وتصحيح الخطأ.

(رشدي فام منصور، ٢٠٠٠، ٢٤٥ – ٢٤٩)

محكات اختيار المرشحين للعمل كمدربين معالجين نفسيين للجماعات: -

من الأسئلة التي لم تجد جوابا شافيا حتى الآن في مجال العلاج والتدريب الجمعي، سؤال ما الذي يجعل المرء معالجا أو مدربا متمكنًا ويمكن أن نصوغ نفس الفكرة بشيء عكسي فنسأل: ما هي السمات التي إذا وجدت لدى شخص ما تحول بينه وبين أن يكون مدربا أو معالجا جيدا.

ومن اللافت للنظر أن هذه القضية تعالج بحذر شديد في كتابات المتخصصين، بل يمكن القول إن الكتابة فيها نادرة أو

قليلة. وحتى إذا وسعنا دائرة السؤال. وبحثنـا عـن ماهيـة الخصائص التي إذا توافرت للشخص تزيد من إمكانية كونـه معالجا جمعيا جيدا، حتى إذا وضعنا السؤال بهذا الشكل، نجد أيضا أن الإجابة عليه لا تتوافر فـي الأدبيـات المعاصـرة للعلاج والتدريب.

وتحاول مختلف الهيئات المتخصصة أن تضع مثل هـذه المحكات، بل إن تكوين مثل هذه الهيئات يفتـرض وجـود مستويات للمعالجين والمدربين، وهـي مسـتويات تفتـرض بالطبع وجود خصائص وسمات معينة.

وقد دفعني إلى البحث في هذا الموضوع ما لاحظته مـن أن الكثيرين ممن يقصدون لمهمة العلاج النفسي من أصحاب الطب أو علم النفس لا يدركون جسامة العبء الملقى علـى عاتقهم، ويتصور البعض أن شيئًا من الخبرة أو القراءة كاف لأن يطلقوا على أنفسهم " معالجين نفسيين ".

وقد رجعت – في كتابة هذا الموضوع – إلى عـدد مـن المجلات والبحوث المتخصصة، وهأنذا أقدم ملخصا لما قيل بشأنه:

يجمع الكثيرون من الثقات على أن المعالج أو المدرب أو المرشد يجب أن يتحلى بصفة يطلق عليها في التعبير الشعبي " رجل طيب " أي بعبارة أخرى أن يكون من الناس الـذين يقال عنهم أنهم " كالمرهم " يوضع على الجرح فيطيب. فمن هو " الرجل الطيب " هذا؟ أهو الزوج الطيب أم الأب الطيب أم الجار الطيب؟ أهو الشخص المحب للحياة والـذي يشـيع البهجة والسرور فيما حوله؟ أم هو الرجل المجامل المحبوب؟ أم هو المتزن العاقل الجاد الذي يلجأ إليه في الشدائد؟ أهو من يحترم الآخرين ويؤثرهم على نفسه ... الخ وما الحكم مـثلاً في حالة المعالج النفسي الذي يفشـل فـي تربيـة أولاده أو يضرب زوجته ... الخ.

وعن الصفات المرغوبة في المعـالج النفسـي: تتفـاوت الآراء، اتفاقها غير وارد، ولكنها تتلخص في: الأمانة والـود والتعاطف، والعناية بالآخرين، والمرونة، والثقـة بـالنفس، والذكاء، وتكامل الشخصـية، وسـعة الأفـق، والحـدس. والاحتمال الأكبر أن لا تجتمع كل هذه الصفات في شـخص واحد، ومعظم المعالجين البارعين مزيج مـن أوجـه القـوة والضعف. أو ما يمكن أن نطلق عليه " العصابي السـليم ".

في حين يرى البعض الآخر " أنها الحساسية النفسية، والفهم المتعاطف والاستجابة الحصيفة ".

ومن المعروف أن أصحاب حركة جماعات المواجهة هم أكثر من تناول هذه المسألة وبحثوا في قضية العلاقات بـين نتائج العلاج ومزاج أو طبع المعالج.

ولكي يكون المعالج فعالاً لابد من توافر ثلاثة شروط هي: الدفء أو الود، والتعاطف، والصـدق أو الأصـالة وهـي ضرورية وكافية بمعنى أنها إذا تواجدت جميعها في شخص فإن التكنيك أو المعتقدات النظرية تصبح لا أهمية لها.

أما يالوم وليبرمان فيضيفان - في مقال لهما نشر عـام ١٩٧١ بعنوان "دراسة في حـوادث أو إصـابات جماعـات المواجهة"- إلى ما سبق خاصيتين أخريين همـا: " القـدرة على القيادة، والحزم في غير عدوان ".

وكما نرى فإن هذا الجانب الأول من الموضوع قد ركـز على الصفات الشخصية التي قد تكـون ذات قيمـة بالنسـبة للمعالج ولكنها لم تتناول مسألة الاختيـار. وسـأعرض الآن لبعض البحوث التي تناولت اختيار المرشحين للتدريب على قيادة الجماعات العلاجية وهي قليلة كما سبق أن ذكرت.

وأن قيادات الجماعات العلاجية تتطلب العديد من الصفات وأن نقطة الضعف الرئيسية فيما يتعلق بالخصائص التي يتم الاختيار على أساسها هـي عـدم وضـوحها أو تحديـدها. فالمحكات الأكاديمية لا قيمة لها، والأهم منها هو خصـائص انشغال واهتمام الفرد بالموضوع والقدرة على بذل العنايـة والرعاية، واحترام الناس، والوعي النفسي الداخلي، والوعي بالعلاقات بالآخرين، والانفتاح على كل ما يتعلـق بـالوعي بالذات، والحزم دون عدوان، والقـدرة علـى القيـادة، وأن المؤهلات الأكاديمية لا يمكن أن تتنبأ بمهارات العلاج، وقـد استخدم اختبارا لقياس تلك المهارات هـو اختبـار التقـويم الجمعي لسمات التعامل مع الآخرين ووجد أنه أكثر فائدة في التنبؤ من المؤهلات.

وأن أفضل طريقة للاختيار هي أن يتم داخـل جماعـة، حيث يمكن دراسة التفاعل والتواصل بطريقة أفضـل مـن البحث عن التكوين النفسي الداخلي وألح على أهمية مهارات إقامة العلاقات، ومهارات التعامل داخل الجماعة، وتسـهيل عمل الجماعة، والقيام بالمقابلة.

وأن المدرسة التي ينتمي إليها المعالج إنما تحـدد قدرتـه على التدريب، فمثلاً لابد من التعرف على " اتجاهات اختيار المرشحين للتدريب علـى العـلاج بالتحليـل النفسـي " – استعراضا لتغير الاتجاهات عبر العقود الثلاثة الأخيرة تجاه اختيار هؤلاء المرشحين. فلاحظ أن الاهتمام بعملة الاختيار ومحكات الاختيار بلغ قمته في الخمسينيات وأن هذا الاهتمام يزداد كلما زاد عدد المتقدمين عن عدد الأماكن الخالية بمعهد التدريب. ومع ذلك فإن المعاهد المتعـددة للتـدريب علـى التحليل النفسي لم تصل إلى إيجاد محكات يعتمد عليها فـي اختيار المرشحين، إذ لا توجد معلومات يوثـق بهـا بشـأن خصائص المتقدمين وارتباطها بنجاحهم كمعالجين، كمـا أن عملية الاختيـار عمليـة زئبقيـة مـن الصـعب وصـفها بموضوعية.

خلال الخمسـينيات راج اسـتخدام المقـابلات الجمعيـة والاختبارات النفسية كأدوات مساعدة للمقابلات التي يجريها المحللون النفسيون المتمرسون والمكلفون بالاختيـار. وفـي الستينيات والسبعينيات فقدت تلك الأدوات مصـداقيتها، وزاد الاعتقاد بأن المقابلات الفردية هي أفضل سبل الاختيار.

وقدم الكاتب مجموعة الخصائص الفردية المطلوبـة فـي المرشح دون أن يحاول تعريفها ولخصـها فـي: النضـج، والتكامل، والدافعية والقدرة على استخدام القـدرات النفسـية الشخصية، والقدرة على التوحد المضاد (أي توحد الرجـل بالمرأة والعكس)، وأخيرا العمـق والتعمـق الـذي ينمـو كاستجابة خلاقة للمعاناة.

اختيار المرشحين للتدريب في معاهد التحليل النفسي

تعتبر مدرسة التحليل النفسي التي أنشأها سيجموند فرويد هي الأم التي تفرع عنها معظم أنواع العلاج النفسي الحديث. على أن العلاج النفسي التحليلي هو فردي في الأساس، ولكن منذ أن ظهر العلاج الجمعي نـادى فـولكس عـام ١٩٧٥ (ويعتبر مؤسس العلاج الجمعي بالتحليـل النفسـي) بـأن العلاج الجمعي يعتمد بشكل كبير على شخصية المعالج. وألح أولاً وقبل كل شيء على التكامل الأخلاقي. وأنـه لابـد أن يتوفر في المرشح اهتمام أصيل بالموضـوع لا مجـرد أن يكون وسيلة للرزق أو أسلوبا لمعاونة الآخرين. وأن يكـون لديه اهتمام بعلم النفس عمومـا، وأن يكـون علـى صـلة بمجريات الأمور في مجتمعه، وأن يتمتع بالقـدرة الخلاقـة

للتعبير عنها، المفهومية، القدرة علـى الإنصـات المتقبـل الممتزج بالعقل المفتوح النشط الإيجابي، والأمانـة، وحـب الحقيقة حتى ولو كانت غير سارة، الاتزان الانفعالي، اتساع الخبرة بالعالم والناس، التواضع، الاسـتجابة لكـل أعضـاء الجماعة باعتبارهم متساويين كبشر.

وهذه المحكات التي رآها فولكس هي صعبة المنال فـي حقيقة الأمر، ولكن هناك ما هو أكثر؛ إذ يرى " بريان " أننا حين نفحص المتقدمين يجب أن نبحث عن هؤلاء الأشخاص الذين لديهم اكتفاء ذاتي بمعنى أنهم لا يحتاجون إلـى الـدعم والتصفيق من جماعاتهم. وكذلك القادرين علـى الاسـتجابة لانتقاد المجموعة لهم، لأولئك الراغبين والقادرين علـى أن يتيحوا للجماعة ككل أن تصبح هي المعالج دون أن يـذوبوا وتختفي شخصياتهم. الذين يستطيعون تقديم أفكـارهم إلـى الجماعة بشكل بناء دون حاجة للسيطرة. الـواعين بأنفسـهم بقدر كاف يمكنهم من التمييز بين الإسقاطات التحويلية (أي ما يسقطه عليهم أفراد المجموعة مـن انفعـالات) وبـين الملاحظات الحقيقية على سلوكهم مهما كانت غير مقبولـة. الذين تكون هوياتهم في حصانة واطمئنان بحيث يسـتطيعون

الاستمرار في التوحد الإسقاطي مع عضو ما في المجموعة دون الانصياع أو الخضوع للضغط أو الإغراء لوضع التوحد موضع التنفيذ (طبعا بالقدر اللازم أو الضروري) الذين يستطيعون معرفة ساعات مرضهم (ضعفهم) وساعات قوتهم (صحتهم)، ولحظات ذكورتهم ولحظات أنوثتهم، ولحظات خضوعهم ولحظات سيطرتهم ولحظات قسوتهم ولحظات حنانهم.

إن علينا أن نبحث عن أناس مدققين بما فيه الكفاية ليقيموا الحدود اللازمة لخلق الاطمئنان والثقة، ولكنهم فوضويون أيضا لدرجة أن يرحبوا بالفوضى البناءة. هؤلاء الذين يشعرون بالارتياح سواء كانوا في المركز أو على الأطراف. الذين يستطيعون قبول مسئولية السلطة ويستطيعون رفضها أيضا. هؤلاء الذين يمارسون حياتهم الجنسية بكفاءة ونضج بحيث يشعرون بالاطمئنان ولا يحسون بالحرج إذا ودعونا نعترف أنه من المستحيل أن يوجد شخص يمتلك هذه الصفات كافة.

إجراءات اختيار المرشحين للتدريب في معهد التحليل النفسي الجمعي في لندن:

١) عند تقدم مرشح للتدريب، يطلب منه بادئ ذي بدء الالتحاق بمقرر تمهيدي يستغرق عاما دراسيا على الأقل بما في ذلك حضور جلسة أسبوعية مغلقة يديرها أحد أعضاء المعهد. وخلال تلك الفترة يستكشف المرشحون حقيقة رغباتهم في الاستمرار في التدريب داخل الجماعة، ويستطيعون طلب معونة القائد إذا رغبوا وعادةً ما يطلب القائد رأي الجماعة في هذه المسائل بشكل غير رسمي.

٢) في نهاية تلك المرحلة يقابل المرشحون مدير التدريب أو المنسق بالمعهد وفي تلك المقابلة يقيم المنسق شخصيات المرشحين ويبحث معهم دراستهم السابقة وخبرات عملهم وتوقعاتهم عن مستقبلهم بحيث يحدد ما إذا كان المقرر الذي يدرسونه يواكب تلك التوقعات ويلائم أعمالهم المتوقعة أم لا . وعادة ما يكون المرشحون قد نالوا درجة جامعية أو ما يعادلها ويعملون في إحدى مهن تقديم العون التي تستدعي

مهارات العمل التحليلي في الجماعات. ولا يتطلب الأمر أن تكون لهم خبرة سابقة بتحليل أنفسهم ولكن إذا وجدت فإنها تعتبر ميزة ولا يوجد حد للسن.

٣) إذا مر المرشح بتلك المقابلة بنجاح فإنه يقابل بعد ذلك الاستشاري النفسي، وهو محلل جمعي أيضا. ويقوم الاستشاري بتقويم كامل للمرشح ويستكشف معه حياته الخاصة العائلية (الحالية والأصلية) ويستخدم التفاعل الذي ينشأ بينهم ليخرج بانطباع عن نواحي قوة وضعف المرشح. وهذه هي المرحلة الأولى التي يمكن فيها رفض المرشح باعتباره غير لائق. ويقترح الاستشاري أحد أمرين إما الاستمرار والتقدم إلى المرحلة التالية من الاختبار وإما الدخول في مرحلة علاجية بواقع جلستين في الأسبوع قبل أن يعاود التقدم مرة أخرى إلى الاستشاري.

٤) يتقدم المرشح بعد ذلك لمقابلة لجنة المحكمين وتتكون من ثلاثة أعضاء. ويكون الرئيس محللاً نفسيا جمعيا معينًا من قبل المعهد ويشغل منصبه لمرة واحدة ولمدة لا تزيد على ثلاث سنوات. ويختار الرئيس

العضوين الآخرين من قائمة يعدها المعهد وتشمل عددا كبيرا من المحللين الجمعيين بحيث تضمن التنوع والمرونة. وأحيانًا يضم إلى عضويتها شخصا ليس محللاً جمعيا.

٥) وتقرأ اللجنة قبل مقابل المرشح تقارير مقدمة من مدرب المقرر التمهيدي وكذلك تقرير المنسق وتقويم الاستشاري. وكذلك الأوراق التي يقدمها المرشح وتشمل سيرة الحياة، وخطابا يعرض فيه أسباب رغبته في التدريب، وثلاث رسائل توصية من أشخاص يعرفون طبيعة عمله.

٦) تقابل لجنة المحكمين المرشح مقابلة مطولة تغطي فيها كافة المسائل المهنية والشخصية والمناطق والأجزاء المتخصصة ذات الأهمية والتي تتضح من خلال التقارير. وتوصي اللجنة إما بالقبول أو الرفض أو الإحالة لتحليل علاجي مرتين في الأسبوع لفترة محددة قبل أن يتقدم للمقابلة مرة أخرى. وعادة ما تستهل اللجنة عملها بمقابلة المرشحين في جماعة بحيث تلاحظ سلوكهم فيها.

٧) وفي النهاية يعرض الأمر على لجنة العضوية التـي تستعرض كافة التقارير بما في ذلك تقريـر لجنـة المحكمين وتزن الآراء المتعارضة ثم توصي بالقبول أو الرفض أو التأجيل.

متطلبات تدريب المعالج الجمعي فـي رابطـة المعـالجين النفسيين الجمعيين الأمريكية:

يعتمد نجاح العلاج النفسي الجمعي إلى حد كبيـر علـى كفاءة المعالج في إدارة الجلسات وكذلك في اختيار أعضـاء الجماعة. وإذا كان تدريب المعـالج الفـردي لا يكتمـل إلا بالممارسة تحت إشراف فإن الحال كذلك مع المعالج الجمعي.

والهدف من تدريب المعالج الجمعي هو إكسابه المهارات الإكلينيكية من تشخيص وفهم للشخصية بالإضافة إلى مهارة إدارة الجلسات والوصول بالجماعة إلى تحقيق الأهداف التي قامت من أجلها.

وتقدم رابطة المعالجين النفسـيين الجمعيـين الأمريكيـة AGPA برنامجا لتدريب المعالجين نورد ملخصه فيما يلي، حتى يدرك من يتحمل هذه المسئولية مدى الكفاءة المطلوبـة منه:

(١) تسعون ساعة من التعليم الأكاديمي في المقـررات التالية: النمو – نظريات الشخصـية – الأمـراض النفسية – التشخيص الإكلينيكي – قواعـد العـلاج النفسي الفردي – المجتمع والثقافة.

(٢) ستون ساعة كقائد مشارك في حلقة علاج جمعي.

(٣) ستون ساعة أخرى كقائد لحلقة علاج جمعي منهـا ٢٥ ساعة على الأقل تحت إشراف. ولكي يكتسـب المعالج عضوية الرابطة الأمريكية عليه بالإضـافة إلى ما سبق أن يكون حاصلا على الـدكتوراه فـي الطب أو علم النفس – أو درجـة الماجسـتير فـي الخدمـــة الاجتماعيـــة أو التمـــريض أو بعـــض التخصصات الأخرى في مجال الصحة العقلية. كذلك أن تكون لديه خبرة ١١٤٠ ساعة من العلاج النفسي منها ٢٥ ساعة على الأقل تحت إشراف.

وهناك أيضا من يمارسون العلاج دون الحصـول علـى مؤهلات عليا. وفي حدود معرفتي فإن القليلين فقط هم الذين تلقوا ٩٠ ساعة من التعليم المخصص ولكن الجميع شـاركوا في جماعات علاج نفسي جمعي.

ومن ناحية الواقع العملي فإن الكثيـرين مـن أخصـائي العلاج الجمعي قد تلقوا تدريبهم في العيادات الخاصة وبشكل منتظم. ولاحظ " يالوم " وهو من كبار المؤلفين والمعـالجين أن الخبرة وحدها لا تكفي لتطوير مهارات العلاج الجمعـي، وأن متابعة ما يكتب وينشر في هذا المجال أمر لابد منه، كما أن جلسات الإشراف الجمعية التي يحضرها المعالجون بقيادة خبير متمرس لها أثر كبير في رفع الكفاءة.

وإن كان محمد شعلان (١٩٩٦) يقدم خبرته من خـلال تقديم مجموعة من الصفات يجب توافرهـا فـي شخصـية المعالج مثل:

التعاطف، الاستماع، التواصل، المشاركة، سـعة الأفـق، الرحمة، المعرفة والحب، أن يكون صديقًا عند الحاجة (من خلال دور يقوم به مقابل أجر)

(محمد شعلان، ١٩٩٦، ٣٤ – ٣٥).

** ** ** ** **

الفصل السادس

العلاج بالسيكودراما

الفصل السادس
أنواع من العلاجات النفسية الجمعية
العلاج بالسيكودراما

مقدمة:

يعد العلاج بالسيكودراما أحد أساليب العلاجات الجمعيـة؛ والذي يهدف إلى تقديم نوع من العلاج النفسي يختلف عـن أنواع العلاجات النفسية الأخرى.

أ – تعريف السيكودراما:

يعرف (مورينو) مؤسـس هـذه الطريقـة العلاجيـة السيكودراما بأنها: ثورة على ما هو قائم، إضافة إلى استخدام الجسد في التعبير فجعل (لغة الجسد) لغة عالميـة واسـعة الاتصال؛ ومن الناحية السيكولوجية فهـي تتضـمن أعمـق اللغات، وهي التي تسبق مرحلة الاتصال الكلامي ولكن أثناء نمو الجسم وهي لغة الجسد؛ ولذا فإن العلاج بالسـيكودراما: هو طريقة علاجية تناسب جميع الأفـراد وفـي مـراحلهم العمرية المختلفة

(International mental health 1968 , p 70 – 71)

- ويعرفها ستار star بأنها: " طريقة علاجية جماعيـة يستخدم فيها التمثيل لمعاونة المريض في حل مشكلاته عن طريق المساعدة التي يقدمها المخرج أو مساعده؛ ويسـتطيع المـريض أن يتفاعـل Act – Out مـع المواقف والعلاقات التي تسبب له اضطرابات ويـتعلم – خلال القيام بالدور – كيف يجتاز هـذه الأزمـة أو الأزمات).

Star, 1977 , p: 75

- ويعرفها أحمد عكاشة بأنهـا: أحـد أنـواع العـلاج الجماعي يجمتع فيه عدد من المرضـى (مـن ٥ – ١٥) يلعبون الأدوار المسرحية ويجب في هذه الحالة أن تكون التمثيلية معبرة تعبيرا صادقًا عـن مشـكلة خاصة أو مشكلة جماعية للمرضـى، وأثنـاء تمثيـل المرضى لهذه الأدوار يعيدون ذكريات تاريخ مرضهم وبالتالي تحدث عملية التنفيس العقلي، ويستفيد المريض من التمثيل بمعرفته لذاته، والراحة من الكلام عن نفسه في شخص الممثل، والقدرة على التعبير أمام النـاس، (أحمد عكاشة ١٩٨٠، ١٢٤).

- ويعرف لوتز – lotze العلاج السيكودرامي بأن هـذه اللفظة مكونة من مقطعين هما:

Bsycho أي النفس أو دراما drama ومعناها الفعـل أو الحركة أو النشاط أي (حركة النفس)، وهـي نـوع مـن العلاجات النفسية التي تستخدم تكنيكات المسرح وصولاً إلى حقيقـة ديناميـات شخصـية الفـرد المضـطرب (lotze , 1990)

ب – إلا أننا يجب أن نفرق بين مصطلحين: السيكودراما والسيسـيودراما sociodrama، حيـث نقصـد بالسيسيودراما تناول المشاكل ذات الطابع المتصـل بوظيفة الجماعة أو تركيبها؛ وليس من الضـروري أن نتبادل مشكلة خاصة بشخص واحد بعينـه مـن أعضاء الجماعة.

ويتعمق حسين عبد القادر (١٩٩٣) في عرض التاريخ لهذا المصطلح مشيرا إلى أنها أداة تستخدم لعلاج المشـاكل الاجتماعية التي يمر بها المجتمع وقد نشأت وتطورت أيضا على يد (مورينو) حيث كان يقصد بالسيكودراما معالجـة المشاكل النفسية للأفـراد؛ فـي حـين كـان يقصـد مـن

السيسيودراما معالجة المشـاكل الاجتماعيـة التـي تـؤرق المجتمع مشيرا إلى أن هذا الفن (المسرحي) كان موجـودا في تراثنا العربي وأنه إبان حكم المهدي في الدولة العباسـية كان هناك من يدعى (بشير بن عوف) الذي كان يخرج إلى ظاهر بغداد في كل اثنين وخميس، ليجتمع بالنـاس ويقـوم بينهم متسائلاً عن هذه المشاكل أو تلك من مشـاكل الواقـع الاجتماعي قائلاً: ماذا لو كان فيكم أبو بكر رضي ا عنـه فماذا أنتم فـاعلون؛ وحينئـذ يقـوم واحـد مـن النظـارة (المشاهدين) ويلعب دور أبو بكر وتناقش المشكلة؛ ثم يثني بعمر ويتبعه ببقية الخلفاء الراشدين الأربعة، ويتبع في كـل مرة ما تبعه في الأولى.

(حسين عبد القادر: فرج طه؛ ١٩٩٣، ٣٩٥ – ٣٩٦)

ج – تاريخ السيكودراما والسيسيودراما:

من الصعب تحديد تاريخ يمكن الاستناد إليه فـي تحديـد بداية تاريخ السيكودراما أو السيسيودراما.

ونرى من وجهة نظرنا أنه يوجد لأي علم مـن العلـوم تاريخان: -

١ – تاريخ رسمي.

٢ – تاريخ غير رسمي.

وعادة ما يكون التاريخ غير الرسمي ضاربا بجذوره منذ القدم إذا كان الناس في الأزمنة البعيدة ويجتمعون سويا فـي المناسبات المختلفة ويرقصون في حركات إيقاعية منتظمـة؛ أو تنطلق أصواتهم بالغناء للتعبير عن مشاعرهم نحو حـدث معين، ثم أصبح الرقص الصامت أحد هذه الأسـاليب مـن خلال (النقر) أو (الدق) الشديد بالأقـدام علـى الأرض، وتمايل (الجسد) وفق إيقاعات معينة خير نموذج على ذلك؛ ثم تطورت الأمور؛ فأصبح الإنسـان يمثـل (الحـدث) أو الموقف إذا مر به، هادفًا من ذلك إلى أمرين:

- إما استعادة حادث قد مر بـه بالفعـل، ولا شـك أن استثارة الانفعالات مرة أخرى قد تجعل الشخص أكثر سيطرة عليها.
- أو أن يتخيل أو يتقمص أو يتوحد شخصية ما ويرتدي قناعها لفترة؛ معبرا من خلال التمثيل عن كيفية إدراكه لشخصية الآخر.

(Morion , 1985 , P: 19 & Masser)

وبما أن المتتبع لتاريخ الأمراض النفسية والعقلية وبالتالي العلاجات النفسية

(محمد حسن غانم ٢٠٠٢)؛ (محمد حسن غانم ٢٠٠٠)

نجد النظرة إلى الأمراض النفسية والعقلية بل أحيانًا العقليـة وقد ارتبط في الذهن بغضب الآلهة؛ وتلبس الشياطين، ومس الجان؛ إذن لابد أن يكون العلاج مساويا لمثل هذه الأفكـار، وكان المعالج أو الكاهن أو عراف القبيلة هو المسئول عـن عودة الأرواح الشريرة التي تلبس الجسم وشفاء الشخص من المرض وفقا (لطقوس) وأدوار يقوم بتمثيلها هذا المعـالج البدائي، والذي نشأ اعتقاد – إبان ذاك – عن قدرته في طرد الأرواح الشريرة؛ وتخليص البشر من (لعنـة الشـياطين) ولذلك فإن اليبنبرجر يعاق على مثل هذه الأحداث في:

١ – إن العلاج السيكودرامي يعد علاجا جمعيا يمثل مـن خلال مجتمع علاجي وليساعد من خلالـه شخصـا واحدا.

٢ – وبواسطة ارتداء الأقنعة (سواء من المعالج أو مـن مساعديه) يمكن أن (يمرروا) فكـرة أن الأرواح

الشريرة قد (انتقلت) من جسد إلى آخر، ومن مكان إلى آخر.

٣ – إن هذا (التمثيـل) و(التوحـد) أمـام الآخـرين (يجعل الشخص يعود معافى إلى مجتمعه العلاجـي مرة أخرى؛ كما يجعل المجتمع في حالة تقبـل لـه لأنهم رأوا رؤيـة العـين (واليقـين) أن الأرواح الشريرة قد ابتعدت عنه؛ وأن ذلك قد جـرى علـى رؤوس الأشهاد (Ellenberger , 1970).

كما نستطيع أن نرصد المسرحيات التـي كـان يكتبهـا المركيز ديساد marequise desad لأنواع متعـددة من المرضى؛ طالبا منهم أن يقوموا بتمثيلها؛ إضافة إلى محاولات جوته والذي كتب مسـرحية بعنـوان ليلى lila حيث طرح فيها تصورا لأعراض مرض الاكتئاب الذهاني؛ وكيـف يعبـر الشـخص هـذه الأعراض وصولا إلى الشفاء؛ مركزا على (تمثيـل ووصف) الهلاوس (بكافة أنواعها).

Herper , r. a , 1959,131

ثم تطور استخدام العلاج بالسيكودراما خاصة عقب الحرب العالمية الثانية ١٩٤٥ حين تم إنشاء مراكز لعلاج العصاب

النفسي في بريطانيا ومركزين على الأشخاص الذين عادوا من الحرب وقد تحطمت نفسيتهم؛ أو حتى من المدنيين وإعادة تمثيل الأحداث والانفجار التي سببت معاناة لهم وألما.

مجالات السيكودراما: نستطيع حصر مجـالات اسـتخدام السيكودراما في المجالات التالية: -

١ – السيكودراما بوصفها طريقة من طرق العلاج النفسي:

تنهض فلسفة العلاج بالسيكودراما على حقيقة أن الإنسان المضطرب هو في حقيقة الأمر يعـاني مـن اضـطرابات انفعالية، وأن هذه الاضـطرابات تجبـره علـى الانطـواء والعزلة؛ بل والخوف من التفاعل مع الآخرين، أو هنا يتـيح له العلاج السيكودرامي/ الجمعـي الفرصـة للشـخص أن يتجاوب ويتفاعل (حتى وإن كانـت لغـة الاتصـال هـي الإيماءات والإشارات، وبعبارة جامعة (لغة الجسـد) ثـم يصبح أداة في النهاية وسيلة (يكـون قـد تـدرب عليهـا واكتسبها) للتعامل الناضج مع الآخـرين. ومـا الجماعـة العلاجية في السيكودراما إلا (بروفة) مصغرة للجماعـات الكبيـرة التـي سـيتعامل معهـا فـي المجتمـع الأوسـع (greanberg , 1994 , p: 45 – 48)

٢ – السيكودراما بوصفها وسيلة علاج اجتماعي:

ذكرنا سابقًا أن مورينو قد ابتدع طريقة عـلاج جماعيـة لعلاج المشكلات الجماعية وأن ذلك قد سار وفق خطين: -

الأول: محاولة لتشخيص المشـكلات التـي تمـور فـي المجتمع وينعكس تأثيرها على الفرد.

الثاني: اتجاه الأدوار الاجتماعية التي تـنهض كصـورة مجمعة للنمط الاجتماعي الذي تشترك فيه أفـراد الجماعـة، ولعل المتابع لمسرح مورينو يجد أنه قد عبر عـن بعـض الأحداث. ففي الأول من أبريل عام ١٩٢١ قرر مورينـو أن يسهم من خلال (فعل) السيسيودراما في توعية الجمـاهير بحسن اختيار رئيس جمهورية النمسا؛حيث وضع على خشبة المسرح عرشًا ملكيا مزودا بتاج ودعا كل من يريد أن يلعب (يلعب الدور) أن يتقدم للمسرح ويجلس على العرش ويمثل في تلقائية Spentanwity وعلى الجمهور أن يقف موقـف الحكم. ثم استخدم المسرح بعد ذلك في مناقشـة الشـعارات التي كان ينادي بها هتلر وكذا حـادث اغتيـال كينـدي ... وغيرها من الأحداث، ولا شك أن مثل هذه المواقف تسـاعد على تخلص الفرد – الجماعة من التوتر الانفعالي

Starr , 1977 p: 159 1(grenberg , 1974 , p: 51)

٣ – السيكودراما باعتبارها وسيلة من وسائل التدريب: -

حيث لابد للشـخص الـذي يريـد أن يعمـل بـالعلاج السيكودرامي من ضرورة التدريب والمعايشة للأحداث وحتى نتأكد من أن هذا الشخص قادر على حل صراعاته من جهة، والتدريب على القيادة من جهة أخرى، بل إن معاهد التدريب الخاصة بالسيكودراما تأخذ ثلاث مستويات هي: -

- إجراء اختبارات التلقائية لانتقاء أكثر الأفراد كفاءة في استخدام لغة الجسد.
- حضور الجلسات العلاجية كعضو في فريق وأن يمثل كأنه مساعد لبعض المرضى (أو كأنه مريض).
- تدريب مجموعة من الأفراد ليصبح كل مـنهم علـى وعي بالصعوبات التي يواجهها ومن هنا يكـون فـي إمكانه الإتقان والمهارة.

(Reanberg , 1974 , p: 50)

ولذلك نجد في المقدمـة التـي ذكرهـا محمـد ريـاض (١٩٩٤) في أطروحته للدكتوراه عن السيكودراما ذكر أنه كان لابد أن يتصل بأحد المراكز المتخصصة فـي العـلاج السيكودرامي بالولايات المتحدة الأمريكية، ووضع برنامجـا

تعليميا استمر لمدة ستة أشهر، والتدريب لمدة تسـعة شـهر (محمد رياض ١٩٩٤، أ ب).

٤ – السيكودراما باعتبارها وسيلة مـن وسـائل التربيـة والتعليم:

وتشير هذه الطريقة إلـى توضـح إمكانيـات اسـتخدام السيكودراما في مجال التربية والتعليم لتحقيق مجموعة مـن الأهداف: -

الأول: السيكودراما باعتبارها وسـيلة تربويـة تسـاعد الطلاب على أن (يمثلوا) صراعاتهم ومشاكلهم ومخـاوفهم وعلاقاتهم المضطربة سواء مع بعضهم البعض أو مع بعض مدرسيهم أو مع إدارة المدرسة (أو المعهد أو الجامعة) وأن هذا (التمثيل) يساعد الطلاب على أن يعبروا عـن كافـة انفعالاتهم وأن (يخبروا) الانفعالات السارة والمؤلمة مـرة ثانية.

الثاني: تعلم لغة ما بسهولة عن طريق أدائها على المسرح واستخدام أكثر من لغة ووسيلة للتعبير.

الثالث: تدريب الطلاب الذين يعانون من الخجـل وعـدم القدرة على مواجهة الآخرين إلى بث الشـجاعة والتـدريب

لديهم في القضاء على (رهبة المسرح) عن طريق الوقوف على خشبة المسرح والاعتياد على ذلك (ولعل هذه الطريقة تذكرنا بطريقة العـلاج بـالغمر flooding فـي العـلاج السلوكي).

الرابع: تطوير الثقافة وتنميتها عن طريـق فـتح نـوادٍ للسيكودراما – على غرار فكرة أندية السـينما، حيـث يـتم مشاهدة الفيلم في جمع من الأشخاص ثم يتناقشون في أهـم المشاهد التي أثارت انفعالاتهم بل أحيانًا ما يتم تمثيل المشهد الواحد بأكثر من مجموعة.

٥ – السيكودراما على أساس أنها تـرويح وتفريـغ عـن النفس ومشاعرها:

يمكن النظر إلى (فعل) السيكودراما على أساس أنه فعل يهدف إلى الترويح والاستجمام وإضفاء طابع مـن السـعادة والمرح بالنسبة للشخص عن طريق قيام الشخص بتمثيـل أو لعب دور ما كان يمكن أن يفكر فيه من قبل، إضـافة إلـى مواجهته لمجموعة من الأشخاص، وقد يتم (تخيل) مشاهد ... وهنا تدخل فـي تكنيـك (سـيكوكوميدي) psycho commody حيث يستطيع الشخص القيام بـأي فعـل دون

خوف من حدوث أي عواقب، ولا شـك أن ذلـك يسـاعد الشخص في فهم شخصيته، الاستبصـار بجوانـب صـفقة، السيطرة على كافة انفعالاته المؤلمة.

(Greanberg , 1974 , 50 – 55)

خطوات العلاج السكودرامي وفنياته:

لكي يتم العلاج بالسيكودراما لابد من تـوافر العناصـر التالية: -

أولا: المسرح – وهذا المكان الذي يـؤدي فيـه العـلاج السيكودرامي ولا توجد شروط معينة لهذا المسرح، ولا يوجد بشكله التقليدي إلا في أماكن التـدريب، وإن كـان الـبعض يفضله أن يكون دائريا، وأن يسمح بالحركة، وأن يعلو قلـيلاً عن سطح الأرض، ويمكن أن يتم التغافل عـن كـل هـذه الشروط وصولاً إلى مكان ما يتم فيه ذلك.

(عبد الرحمن العيسوي، ب. ت؛ ٢٦٤)

ثانيا: المخرج – ويستعمل اصطلاح المخرج هنا للإشـارة أي (المعالج النفسي) والذي يقوم بالوظائف الآتية: -

أ – مسئول عـن إعـداد المسـرح للحـدث الـدرامي، والإشراف على التجهيـز الموسـيقي، والإضـاءة والديكور.

ب – مسئول عن تحويل قصة المريض (البطل) التـي يحكيها للمجموعة إلى حدث درامي تفصـيلي بمـا يتضمنه من بعـض الحـوارات وكـذلك سـيناريو الأحداث، والمسئول عن تحويـل البنـاء الـدرامي للمشكلة وتحويلها إلى قصة تمثيلية.

ج – مسئول عن تحريك الممثلين والبطل علـى خشـبة المسرح من حيث التوجيه ومساعدة الممثلين علـى الفهم والوصول إلى درجة إحساس بما يقومون بـه من أدوار.

د – وظائف علاجية من حيث مقابلـة المرضـى الـذين يرغبون في العلاج ومساعدتهم على فهـم أنفسـهم، وكذا إعداد المجموعة للعلاج السـيكودرامي، وكـذا اختيار البطل المريض الذي يقدم المشكلة فـي كـل حلقة علاجية، كما أنه مسئول عـن تحديـد نوعيـة الأساليب العلاجية التي تستخدم في العلاج.

(YABLONSKYAL , 1959 , 154)

ثالثًا البطل: ويعني PROTAGONIST وهذا المصطلح يوناني ويتكـون مـن جـزأين PROTO وتعنـي الأول، AGONY وتعني الآخر الذي يعاني والبطـل هـو ذلـك الشخص الذي يتقدم للمجموعـة سـاردا علـيهم المشـكلة الشخصية والتي تصبح مركز اهتمام المجموعة التي تساعده على استكشاف جوانبها. ولا يسمى بـالمريض والشـخص صاحب المشكلة بل يسمى البطل لعدة أسباب منهـا: قدرتـه على القيام بأدوار متعددة بالإضـافة إلـى دوره الـذاتي أو الشخص الذي هو مركز الحدث السيكودرامي.

(WILLIAMS , 1989)

رابعا الأنا المساعدة: ويطلق هذا المصطلح على الشخص الذي يشارك في العلاج السيكودرامي بهدف مساعدة البطـل في الاستبصار بمشاكله.

والأنا المساعدة هو شخصية هامة (لعبت دورا) في حياة البطل، ولذا تتعدد وتتنوع أنواعها ما بـين شخصـية أحـد الوالدين، أو أحد المدرسين وباختصار يمكن أن يكون الأنـا المساعدة شخصية هامة في حياة البطل، ويمكـن أن يكـون شخصية ثانوية.

وأن اختيار هذا الشخص يتم إما عن طريق يد المخرج أو البطل نفسه ... ثم بعد أداء المشهد نطلب من الأنا المساعدة أن يتحدث عن شعوره بالدور الذي لعبه وهل يتمنـى فـي المستقبل أداء نفس الدور أم دور آخر.

كما يمكن استخدام (الكرسي الخـالي) كأنـا مسـاعدة خاصة حين يعرف المخرج أن البطـل لديـه العديـد مـن المشاعر العدوانية المتفجرة وقـد ينهـال علـى الكرسـي (الخالي) ضربا وسبا، كما يمكن استخدام شخص صـامت طوال العرض، كما يمكن أن يكون في العرض أكثر من أنا صامتة.

(محمد رياض ١٩٩٤، ٤١ – ٤٣)

فنيات العلاج بالسيكودراما: يوجد العديـد مـن الفنيـات الخاصة بالعرض في أسلوب السيكودراما العلاجـي، وهـي فنيات تستخدم في جلسات السيكودراما بهدف تقديم المعاونـة لبطل الرواية، وكذلك أفراد المجموعة في تحقيق أكبر قـدر من التفاعل التلقائي؛ إضافة إلى ترتيب المشاكل وفقًا لأهميتها وبهدف الوصول (بالمجموعة التي سـتلعب الأدوار) إلـى أكبر قدر من التلقائية والابتكارية والإبداع، وعلى المخـرج

(أو المعالج) أن يكون حذقًا ولبقًا في استخدام الفنية المناسبة للموقف، وكلما كان البطل (المـ ـريض) أكثـ ـر استبصـ ـارا بمشاكله كلما كان في ذلك الحكم على فاعليته الفنيـ ـة. ومـ ـن فنيات العلاج السيكودرامي: -

١ – أسلوب مناجاة النفس: هو عبارة عن أسلوب علاجي ملخصه أنه كثيرا ما يتم (منولوج داخلي) بـ ـين الشـ ـخص وذاته. كل ما يفعله المخرج (المعالج) هو أن يساعد البطل (المريض) على أن يحول هذا المنولـ ـوج الـ ـداخلي إلـ ـى مجموعة من الألفاظ والحوارات الخارجيـ ـة المسـ ـموعة أي تحويل ما هو داخلي وشخصي وذاتي وحمـ ـيم إلـ ـى شـ ـيء خارجي واقعي ملموس وقد سمعه الحضور، وهذا الأسـ ـلوب جد مفيد في إظهار حقيقة البون أو المسافة ما بـ ـين الإدراك الحسي للبطل والأحداث الفعلية في العلاقات بين الأشخاص، ولا شك أن ذلك يسمح للبطل أن يسد الثغـ ـرة (فـ ـي سـ ـوء التفاهم) بينه وبين الآخر أو الآخرين.

(yablonskg , 1959 , 160)

٢ – أسلوب المرآة: وتستخدم هذه الفنية في حالة عجـ ـز المريض عن التعبير عن نفسه بالكلام والفعل فيتم اختيار أنا المساعد لكي يقوم بدور يمثل مرحلة ما في حياة البطل وفي

موقف درامي محدد، وهنا قد يقف البطل إما في ركن مـن المسرح أو قد يجلس بـين المشـاهدين (وهـم بالمناسـبة مجموعة من المرضى).

وهذه الفنية تفيد البطل (المريض في إعطائه (فيد باك) تجاه سلوكه وأفعاله وحركات جسده بصفة خاصة، وألفاظـه ومخارجها بصفة عامة ويريد من بصـيرته كيـف يـدرك الآخرين سلوكه. ولا شك أن ذلك يمنح الشخص الاستبصار على تعديل سلوكه.

٣ – أسلوب تقويم النفس: وتستخدم هذه الفنية في الغالب مع الأطفال حيث تقوم الطفلة الصغيرة (المريضة) للقيـام بدور الأب في (مناسبة ما) وقد يقوم الطفل بالقيـام بـدور الأم، ويمثل دورها وما تفعله في مناسبة اجتماعية ما ويعمق فهم كل منهما للآخر ... لأن الطفل أو الطفلة في هذه الفنية قد قدم سلوك الوالدين كما يدركانه ويسمى كما هو بدلالاتـه في الواقع الخارجي.

٤ – أسلوب انعكاس الدور: وفيه يتم قلـب الأدوار بـين الأشخاص الذين يعانون من تشويش فـي إدراك الشـخص الآخر، إذ قد يقوم الأب بدور الطفل، والمدرس بدور التلميذ،

أو العكس، وبهذا الانعكاس للأدوار يتم تصحيح شكل العلاقة ... وهذه الفنية تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من مشاكل مع نماذج السلطة أو الأفراد الذين يتعـاملون معهـم. وهنـا نهدف إلى تصحيح شكل هذه العلاقة.

٢ – أسلوب النمذجة أو التعلم الاجتماعي: وهـذه الفنيـة مشتقة من نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا ... وتنهض على حقيقة مؤداها: أننا لكي نعلم الشخص سلوكًا معينا فلابـد أن يكون هناك نموذج (يقلده) الشخص، سواء بمساعدة الأنـا المساعدة للمخرج (المعـالج) أو بواسـطة عـرض فـيلم سينمائي، ثم التدريب على السلوك الذي تم مشاهدته توا عن طريقة لعب الدور وتلقي تدعيم اجتماعي من المخرج ومـن أعضاء الجماعة الآخرين.

(Bandora , 1977 , p: 45)

٦ – المقعد الخالي: وفي هذه الفنية نعمل علـى إحـلال (مقعد) بدلا من شخص ما في الحدث الدرامي ... ولا شك أن هذه الفنية تتيح للبطل حرية التعبير/ الصراخ/ الغضـب/ صب العدوان على الآخر ... الخ.

٧ – الشبيه/ المثيل/ الدوبلير: ونقصد بهذه الفنية استخدام الأنا المساعدة في دور خاص مميز، ولعب جزء من الـذات

الداخلية للمريض ويطلق على هذا الأسلوب أحيانًا الأنا الآخر، وتكون وظيفة الشبيه: التعبير عن مشاعر وأحاسيس وانفعالات البطل الداخلية ويمكن للشبيه أن يقف خلف البطل ووظيفته: -

- استثارة التفاعل عن طريق تسهيل عرض الخبرة النفسية للبطل وزيادة طاقتها القصوى.
- تزويد البطل بالتدعيم اللازم، والذي يساعده كي يتبروز كثيرا من العوائق والمخاطر ليدخل إلى التفاعل بطريقة كاملة.

ويتدخل الشبيه في المواقف التالية: -

- عندما يفقد البطل القدرة على التعبير عن مشاعره.
- عندما يحتاج البطل إلى تدعيم وجدانه في موقف صعب.
- عندما يحتاج البطل إلى صدى قوي لصوته عندما يكون صوته ضعيفًا أو مخنوقًا أو محشرجا أو ناعما.

طريق اختيار الشبيه:

- من أعضاء المجموعة.

- أن يشعر البطل معه وله بالاطمئنان والأمان.
- ممكن أن يكون هناك أكثر من شبيه.

الحالات التي لا نستخدم فيها شبيها:

- في حالات الاضطراب البارانويدي حيث يكون لـدى المريض إحساس قوي (يصل إلى درجة اليقـين) أن الآخرين يقرءون أفكاره.
- عندما يكون البطل سلبيا للغاية حيـث يتـرك دائمـا للآخرين الفرصة ليقوموا بكل العمل من أجله.

(lotze , 1990)

٨ – الصورة الطيفية: تستخدم هذه الفنية عند معالجة أي موضوع أو أثناء مناقشة مشكلة ما حيث يفترض وجود خط وهمي أو مرسوم على المسرح ليفصل بين مجموعتين، ثـم يطلب من أعضاء المجموعة العلاجية اتخاذ موقف ما سواء بالسلب أو الإيجاب أو تحديد الموقف (مع أو ضد)، وسواء كانت المناقشات تفرز مشاعر (أو انفعالات أو أفكارا) وهذا الأسلوب يؤدي دائما إلى تحديد واضح لاتجاهـات الحـوار والمناقشة والعمل على (تحديد المشكلة) بصورة محددة بدلا من الدخول في متاهات وجدل سفسطائي لا طائل منه البتة.

العلاج بالسيكودراما من البداية حتى النهاية: يسير العلاج بالسيكودراما في الخطوات الآتية: -

أولاً التسخين: - وتعد المرحلة الأولى من مراحل العلاج السيكودرامي، وهناك العديد من (برامج التسخين)، ويسير التسخين على مرحلتين: -

أ – تسخين المخرج: - من حيث إعداد المخـرج بـدنيا وذهنيا للأداء السيكودرامي ويتطلب ذلك كثيرا من التلقائيـة، والتسخين قد يكون قبل أو أثناء أو بعد الجلسة العلاجية.

فقبل الجلسة العلاجية: - يجب إعداد وتجهيز نفسه مـن حيث إن التكنيكات سيستخدمها أثناء الحدث السـيكودرامي، وهل سوف يستخدم أسـاليب جديـدة أم لا؟، أو مـا هـي الموضوعات التي سيطرحها أو المتوقع أن تطرح نفسها على بساط المسـرح ... باختصـار يضـع كافـة التصـورات والاحتمالات للتدخلات المختلفة المتوقع حدوثها إبان العرض السيكودرامي.

أثناء الجلسة العلاجيـة: - إعـداد الـديكور، الإضـاءة المناسبة، الموسيقى، الألعاب، الحديث مع أعضاء الجماعـة، كافة التوجيهات المختلفة أثناء الحدث الدرامي.

بعد الجلسة العلاجية: - تقييم لما حـدث، مـدى نجـاح الفنيات التي استخدمت وإثارة أكبر قدر من التلقائية والتفاعل، وهل هذا الحدث سوف تتم تكملته في جلسـة قادمـة أم أن الظروف تقتضي (تشطيب) هذا الحدث.

ب – تسخين المجموعة: - وهنا يقوم المخرج بمسـاعدة أعضاء الجماعة في عملية التسخين وإعدادهم بدنيا ونفسـيا من أجل الوصول إلى: -

- تحقيق التلقائية.
- زيادة الإحساس بالتفاعل.
- إزالة مشاعر التوتر.
- زيادة الإحساس بالأمان.

ويستخدم المخرج (المعالج) العديد من الفنيـات التـي تساعد على سرعة التفاعل والتلقائية. ومن هذه الأساليب: -

ا – اختيار البطل وتحديد مشكلته: - إذ يطلب المخـرج (المعالج) من أعضاء الجماعة، أن الشخص الـذي لديـه مشكلة أن يتقدم، وقد يتقدم شخص أو أكثر، وهنا يتم إيقـافهم على حدود دائرة، ويبدأ المخرج يناقش كـل شـخص فـي مشكلته ويضع لها عنوانًا أو أن الشخص ذا المشكلة الملحـة

والحادة يقف فـي منتصـف الـدائرة ثـم يعـرض هـذه الموضوعات على أفـراد المجموعـة المرضـية، ويأخـذ الأصوات وصولاً إلى تحديد: أي المشاكل يبدأ بعرضها حالاً والآن.

٢ – التمارين البدنية: وهي عبارة عن تمـارين يطلـب المخرج من أعضاء الجماعة أن يؤدوها حتى يصلوا إلى فهم موضوعي ودقيق للغة الجسد، والإحساس بأعضـاء الجسـد ومعانيها المختلفة مثل: اللمس/ المصافحة/ الرقص/ تمـارين معينة، وأن المخرج حين يشعر أن المجموعة قد وصلت إلى درجة عالية من التفاعل والتلقائية يوقف هذه التمارين.

٣ – المقايضة: - ويعني هذا الأسلوب تخيل دكان يبيـع أشياء بنظام المقايضة فتتخيل أنك محتاج إلى صفة: الصـدق مثلاً فتطلبها من صاحب الدكان في مقابل أن تعطيه صفة من صفاتك لست في حاجة إليها وتشعر أنها عبء عليك ولا شك أن هذا الأسلوب هام جدا في زيادة التلقائية وكشف المشـاكل وزيادة التفاعل بل والتنافس – فيما بعد – على القيام بـدور البطل مستقبلاً.

٤ – أخذ فرد والتحدث معه ثم التوحد به: وتحدث أنـت بلسانك عن مشكلة هذا الشخص الذي سبق وأن تحدث معكم عن مشكلته ولا شك أن هذا يخلق مزيدا من التقـارب بـين الأفراد ويزيل حاجز الخوف والشك في الآخر.

ثانيا: الحدث: بعد التسخين واختيار البطل فـي الخطـوة الأولى نبدأ في تقديم الحدث والمشكلة ومناقشة البطل والـذي يكون في الغالب متواجدا على طـرف المسـرح. بيـد أن المخرج إبان مرحلة الحدث يواجه العديد من المشاكل.

أ – مقاومة المريض: - وتأخذ الأشكال الآتية: -

- حساسية البطل الذاتية.
- عدم الوصول إلى درجة مناسبة من التسخين والتلقائية.
- عدم القدرة على التعبير المناسب عن مشكلته.
- رفض الحديث أو لعب الدور من الأساس.

الحلول: -

- العمل على الوصول بالبطل إلى درجة مناسـبة مـن التسخين.
- مشاركة الأنا (الأنوات) المساعدة.

- تكنيك تبادل الأدوار.

ب – مشكلة تعثر البطل في التعبير عن مشـاعره أو فقـد القدرة على التوضيح.

الحلول:

١ – التركيز على (لغة الجسد) حيث يطلب المخرج من البطل إلا يتحدث بل يعبر بجسده عمـا يريـد مـن غضب أو ألم أو ضحك أو تقزز ... الخ.

٢ – أن يطلب المخرج من البطـل أن يسـتخدم حيلـة المناجاة حيث يتحدث البطل بصوت مرتفـع كأنـه يحدث نفسه.

٣ – استخدام فنية الشبيه أو الذي يتوحد بشخص البطـل ويتحدث عما يشعر به من مشاعر وأحاسيس وأفكار الخ.

ج – قد يمضي الوقت وما زالت المشكلة غيـر محـددة أو واضحة.

الحل: -

- على المخرج احترام احتياج المريض للبدء من أطراف المشكلة.
- يطلب المخرج من المريض أن يمثل دورا مختلفا عن دوره الحقيقي في المشكلة ثم تدريجيا يؤدي هذا الدور به إلى تمثيل دوره الحقيقي.
- أسلوب الإحلال حيث يطلب من البطل (المـريض) أن يقوم بأداء دور رئيسي في مشكلة تشبه إلـى حـد كبير مشكلته الشخصية.

ثالثًا: التكامـل: وتعـد المرحلـة الأخيـرة مـن الأداء السيكودرامي التي تعقب عملية التسخين والحـدث. والبطـل يكون جاهزا في هذه المرحلة لكي يستعيد توازنه النفسي عن طريق: -

- تنمية الإحساس بالمشكلة والسيطرة عليها.
- التدعيم الجماعي للبطل.

- التعامل مع الموضوعات الخاصة لحل المشكلة.
- زيادة الفاعلية والتلقائية.
- الاستبصار بجوانب ومسببات المشكلة.
- التنفيس.
- تحقيق قدر من الاستبصار.
- أحلام المريض وطموحاته.
- احتياجاته ورغباته الدفينة.

(محمد رياض ١٩٩٥، ٦٣)

العلاج السيكودرامي في الدراسات العربية: -

بداية نشير إلى أن الدراما مرتبطة بالمسرح، والمسـرح من وجهة النظر العربية والإسلامية يتداخل فيه العديد مـن الآراء والاجتهادات. ولقد حاول (محمد عزيزة) أن يوضح: لماذا تأخر المسرح العربي؟

ولماذا تم ترجمة كوميديا بهجاء وتراجيديا بمدح، موضحا أن هناك (أربعة) أشكال للصـراع كانـت موجـودة فـي المجتمع الإغريقي: الصراع مع الآلهة، الصراع مع قـوانين المجتمع؛ الصراع الديناميكي من خـلال رفـض الإنسـان لمصيره أو أخيرا الصراع الداخلي، وأن مثل هذه الأنواع من

الصراعات ليست موجودة بمثل هذه الحدة لـدى الشخصـية المسلمة ... وكل هذا أدى إلى إهمال المسرح، وأنه يرصـد شكلاً مسرحيا دينيا قد ارتبط بالإسـلام ألا وهـو طقـوس التعزية، تلك الطقوس التي يقيمها الشيعة في مناسبة معركـة "كربلاء" وموت الحسين فيها وما جره ذلك من مشاعر الندم ... وما التغرية إلا إعادة تمثيل لواقعة تاريخية مع ما يحمله هذا (البعث لها) من إسقاطات وتنفيس عن المشاعر.

(بوتيسفاتمارا، ١٩٨١)

ولذا نجد قلة من الدراسات الميدانية – وحتى النظرية قـد اهتمت بالعلاج السيكودراما، ولعل دراسة حسين عبد القـادر ١٩٨٦ هي أول الدراسات في مجال السيكودراما في مجـال تجريب السيكودراما في المرضى الذهانيين، وإن كان البعض يأخذ على هذه الدراسة (والتي استغرقت زهاء ١٠ سنوات) أن الباحث لم يتدرب على فنيات العلاج بالسيكودراما وإنمـا كانت أقرب إلى العلاج النفسي الجمعي (حسين عبد القـادر ١٩٨٦).

وتأتي دراسة هانم الشربيني وموضوعها: استغلال مسرح العرائس في تعديل أنماط السـلوك المشـكل لـدى أطفـال

الروضة، حيث هدفت الدراسة إلى تقديم برنامج متكامل من المسرحيات الخاصة بمسـرح العـرائس أو التـي يمكـن استخدامها مع أطفال ما قبل المدرسة فـي تعـديل سـلوكهم العدواني، وتكونت العينـة مـن (٣٩٧) طفـلاً وطفلـة، تراوحت أعمارهم ما بين (٤ – ٦) سـنوات؛ واختـارت الباحثة (٤) عينات فرعية تمثـل أعلـى (٢٧ %) مـن الدرجات على مقياس السلوك العـدواني ومقيـاس السـلوك الاعتمادي لدى كل من الجنسين؛ والأدوات الخاصة بتعـديل السلوك وهي العرائس القفازيـة التـي تمثـل شخصـيات المسرحيات، وقد توصلت إلى نتائج ملخصها أن التعـرض إلى المشاهد دون وجود نماذج يحتذي بهـا الطفـل - مـن أبطال المسرحيات التي قدمت على خشبة مسرح العرائس - قد أدى إلى خفض السـلوك العـدواني (هـانم الشـربيني ١٩٨٧) وقام محمد رياض بدراسة مدى ملائمـة العـلاج السيكودرامي لمرضى الاضطرابات النفسـية (العصـاب) حيث كون عينة من مجموعة من المرضى المترددين علـى العيادة النفسية ،واضعا مجموعة مـن الشـروط الخاصـة باختيار المجموعة التي ستتعرض إلى العلاج بالسـيكودراما

والمجموعة التي سوف تتعرض فقط إلى العلاج الدوائي، وقد استخدم مجموعة من الأدوات والاختبارات والتشخيص من خلال المقابلة الإكلينيكية، اختبار زونج لكل من الاكتئاب والقلق؛ هاملتون لكل من الاكتئاب والقلق، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، التقييم الذاتي للمريض من قبل أسرته، وقد جاءت النتائج لتوضح أن المجموعة التي تعرضت للعلاج بالسيكودراما قد تحسنت؛ مؤكدا على ضرورة استخدام مثل هذه العلاجات في عالمنا العربي؛ وكذا في تأهيل مثل هؤلاء المرضى (محمد رياض ١٩٩٤).

وقام عبد الفتاح نجله بدراسة عن: أثر المسرح المدرسي في خفض السلوك العدواني لدى أطفال اللغة الأولى من التعليم الأساسي وتكونت عينة دراسة (٣٠) تلميذا وتلميذة من تلاميذ الصفين الرابع والخامس؛ نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث؛ وقد طبق عليهم مجموعة من الأدوات المناسبة إضافة إلى تطبيق النشاط المدرسي التلقائي، وقد توصلت النتائج إلى فاعلية النشاط المسرحي المدرسي التلقائي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال سواء كان نشاطا مسرحيا تلقائيا أو نشاطًا مسرحيا تقليديا.

(عبد الفتاح نجله ١٩٩٧)

ودراسة خالد أبو الفتوح شحاتة من: استخدام السيكودراما في تخفيض العدوانية لدى الأطفال اللقطاء مجهولي النسـب في سن ما قبل المدرسة، حيث تكونت عينـة دراسـة مـن (١٦) طفلا من الأطفال اللقطاء، أعمـارهم مـن ٤ – ٦ سنوات؛ ودرجة ذكائهم لا تقل عن ٩٠، واستخدم العديد من الأدوات النفسـية إضـافة إلـى تصـميم بعـض بـرامج السيكودراما، وقد توصلت نتائج إلى تأثير هذه البرامج فـي خفض السلوك العدواني لدى الأطفال اللقطاء.

(خالد أبو الفتوح شحاتة ١٩٩٩)

تلك نماذج من الدراسات الميدانية العربية في هذا الصـدد وأخيرا نشير إلى: -

- أن هذه الجلسة العلاجية للسيكودراما لا تزيـد علـى ساعتين أو ساعة ونصف (٩٠ دقيقة).
- أن العدد يتراوح ما بين خمسة أفراد وحتى ١٢ فـردا ويمكن أن يصل إلى ١٥ فردا وإن كان العدد المثـالي أو الأكثر استخداما لا يزيد على ٨ أفراد.

- أن العلاج السيكودرامي يمكن تطويعه مع العديد مـن المشكلات والاضطرابات.
- لابد من تدريب المخرج (المعالج) تدريبا جيدا.
- أن تكون له خبرة عملية بهذا النوع من العلاج لا تقل عن (٣٠٠) ساعة أو أن يتم التدريب في أحد المعاهد على هذه العلاجات أو بواسطة إشراف متخصص ... وغيرها من الشروط.
- أن هناك شروطا لابد من توافرها في المرضى لإنجاح هذا النوع من العلاج ... وكلما بعـدت العينـة عـن المرضى الذهانيين كلمـا كانـت اسـتفادتهم أكثـر، والاستبصار أفضل.
- أن هذا النوع من العلاج رخيص التكاليف إذ إن كـل المطلوب هو المسرح (حتى وإن ارتفع مستوى سطح الأرض بنصف متر، والإضاءة والتحكم فيها والديكور يمكن أن يتعدل ويستبدل وفقًا للحالة الانفعالية للأبطال (المرضى) .
- ولعل من أهم أهـداف العـلاج بالسـيكودراما أنـه (يشخص) بطريقة عملية مشاكل المريض، ويريـه

بصورة واقعية (مشكلته مجسدة) في الواقع الفعلـي، ويدربه على كيفية التصرف في موقف محدد (التمثيل ولعب دور) وصولاً إلى (تعميم) هذا السلوك السوي (الذي تعلم وتدرب عليه) في مواقف الحياة المتعددة والمتشابكة.

** ** ** ** **

الفصل السابع

العلاج الجمعي للمدمنين

الفصل السابع

العلاج الجمعي للمدمنين

مقدمة:

يثير علاج الإدمان العديد من القضايا والاستشكالات، لعل أهمها مشكلة كثرة الانتكاسات Relaps بعد المرور بالخبرة العلاجية إضافة إلى وجود العديد من المفاهيم الخاطئة التـي تسود الساحة العلاجية منها مثلاً: أن تطهيـر الجسـم مـن الأعراض الانسحابية Withdrowal Symptoms يقود إلى التعاطي، وهنا يؤكد وكلار وآخرون علـى تكـرار حـدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية التي تـم فيها للمتعاطي التحرر من المخدر لفترة أو لأخرى، ناهيـك عن أن الرغبة في التعاطي تظـل كرغبـة قهريـة تـدفع بالمتعاطين إلى الانتكاس خاصة مع توافر المثيرات كالأقران ورائحة المخدر وأماكن التعاطي، وأدوات التعاطي، ولذا فإن التركيز فقط على العقاب لا يفيد بل لابد من نظرة متكاملـة لمشكلة كيفية التعامل مع الإدمان والانتكاسات، لأن المـدمن يكون قد اكتسب العديد من السلوكيات التي ترتبط بالإدمـان (محمد حسن غانم، ٢٠٠٠، ٣١).

ورغم الصعوبة في الطبيعة الخاصة للإدمان، وكذا مقاومة العلاج، إلا أن ذلك لا يجب أن يجعلنا نيأس لأن المدمنين بالرغم من أنهم أصعب الحالات استجابة للعلاج إلا أنهم في ذات الوقت يمتلكون العديد من الإمكانيات التي تؤهلهم للدخول في برامج التأهيل والتعافي من بين العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى (Abdal Mawgoud & Fateem , 1995 , p. 3).

خاصة إذا أخذنا في الاعتبار ظهور عقاقير مخدرة أكثر فتكًا وخطورة من المخدرات الطبيعية ونقصد: الهيروين والكوكايين وعقاقير الهلوسة والتي تتطلب مؤسسات علاجية لها مواصفات محددة للتعامل معها، وفريقا علاجيا يتميز بسمات معينة وبالرغم من ذلك لا تتعدى نسبة نجاح البرامج العلاجية في منع الانتكاسة نسبة ١٥ % من مجموعة المدمنين الذين التحقوا فعلاً بالبرامج العلاجية (Gerstein , Dean , R , 1994) كما أن من أكثر الأمراض صعوبة أمام الطبيب النفسي مرض الإدمان. فنتائج العلاج الطبي سيئة للغاية علما بأن نسبة الذين يقبلون على العلاج من بين المدمنين قليلة، رغم أن الذين يقبلون بإرادتهم – وهم أقل –

أفضل من الذين يقبلون قسـرا أو بسـبب ضـغوط عائليـة واجتماعية، وحتى هذه الفئة من الذين يحضـرون طـالبين العلاج أغلبهم يرتد (محمد شعلان، ١٩٨٦، ٦٩).

خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن جانبا من جوانب مشاكل الإدمان لا تكمن في المخدر وإنما في الدافع إلى التعـاطي، ذلك الدافع الذي يجعل من البعض مدمنًا والبعض الآخر غير مدمن (هند سيف الدين، ١٩٩٦، ١٣). وفي مصر – على سبيل المثال – يذكر عكاشة (١٩٩٢) أنه لوحظ في أبحاثنا المختلفة أن ٧٠ % من المرضى لا يكملون مدة العلاج ومن ثم تزداد نسبة الانتكاسـة ولـوحظ أيضـا أن ٨٠ % مـن المدمنين لا يترددون بعد خروجهم من المستشـفى ومتابعـة عملية التأهيل والعلاج النفسي، ومن ثـم يكونـون عرضـة للانتكاسة ويأس الأبوين من العلاج. وأن السمعة السيئة فـي علاج الإدمان تنتج من كثرة الانتكاسـات ... وإن النسـب الحديثة الموجودة في مصر بعد متابعة لمدة خمس سـنوات تفوق نسبا كثيرا من العلاج في الخارج – وقد وجد في مصر – مثلاً أن ٤٠ % من مدمني الهروين يـتم شـفاؤهم بعـد انتكاسة أو اثنتين وأن ٣٠ % امتنعوا عن التعـاطي تمامـا

حتى خمس سنوات، أما باقي النسب فتنتهي إما في السـجون أو مستشفيات الأمراض العقلية أو الوفاة، حيث وجـد أنـه خلال خمس سنوات من تعاطي الهيروين يتزايد معدل الوفاة ليصل من ١٠ % إلى ١٥ % (أحمد عكاشة، ١٩٩٢، ٤٩٩ – ٥٠٠).

إضافة إلى حقيقة أخرى من جوانب مشكلة الإدمان هـي: أي البرامج العلاجية النفسية – مثلاً نبدأ في تطبيقها خاصـة إذا أخذنا في الاعتبار أن العديـد مـن الدراسـات العربيـة والأجنبية قد أثبتت معاناة العديد من المدمنين من اضطرابات شخصية أو تشخيص مزدوج Dual diagnosis انظر على سبيل المثال (Bell , C. & Khantizian , E. , 1991 , 195) , (Mahfouz et al ., 1996: 69) , (Hafeiz , H ., 1996 , pp. 446 – 467) (على مفتاح، ١٩٩٥، ١ – ١٦)، (محمود رشاد ١٩٩٧).

ومن هنا فإن المكـان الوحيـد لعـلاج المـدمنين هـو المستشفيات المتخصصة لعلاج الإدمان بدءا من التعامل مـع الأعراض الانسحابية وحتـى مراحـل العـلاج والتأهيـل المختلفة.

(Khantzian , 1985) (Kernpe , 1975) (Flores , et al ., 1993) (Golden et al ., 1994)

واقع الأبحاث والدراسات في مجال الإدمان:

أن استعراض واقع تاريخ دراسات الإدمـان والمـدمنين سوف يضعنا أمام الملامح الآتية:

أولاً: ملامح البحوث والدراسات الأجنبية في مجـال تنـاول المخدرات والإدمان

المحـور الأول: دراسات اتجهت إلى البحث عـن مـدى انتشار التعاطي (بصوره المتعـددة) فـي المجتمـع، وأي الشرائح أكثر استهدافًا للوقوع في التعاطي، مع الأخـذ فـي الاعتبار الكشف عـن العديـد مـن العوامـل الاجتماعيـة والاقتصادية والنفسية المختلفة والمرتبطة بالتعاطي.

(انظر على سبيل المثال: دراسـات سـويف وآخـرين ١٩٨٩ (الكتاب السنوي في علم النفس من ٣٢٩ – ٤٤٤)، وسويف وآخرون (المجلة الاجتماعية القومية ينـاير ١٩٩١ – عدد خاص)، وسويف وآخرون ١٩٩١ (تعاطي المـواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامـة بمدينة القاهرة الكبرى)، وسويف وآخرون (تعاطي المـواد

المؤثرة على الأعصاب بين طلاب الجامعات، المجلد السابع، ١٩٩٥)،

(Arif , A. et al ., 1988 , Glenn , W 1974 , Zili, S. et al ., 1999; pp. 47 – 62)

المحور الثاني: دراسات اهتمت بالكشف عن العوامل المتشابكة في التعاطي من خلال: طبيعة المادة المخدرة، والمدمن بخصائصه واحتياجاته التي يريد – سواء بطريقة شعورية أو لا شعورية – أن يشبعها له المخدر، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة البيئة التي يتواجد فيها الشخص ومدى قبول أو عدم قبول مخدر ما، وأن هذه الدراسات أيضا تركز على منشأ Etiology الإدمان (انظر دراستي سعد المغربي ١٩٨٤، ١٩٨٦، ودراسة فاروق عبد السلام ١٩٧٦) وكذلك دراسة (Erich , G ., 1999 , pp. 56 – 90)

المحور الثالث: دراسات اهتمت ببحث العلاقة بين الإدمان والاضطرابات الجسمية النفسية وأن الشخص إنما يلجأ إلى المخدر كنوع من الدواء أو العلاج الذاتي self medication مع الإشارة إلى العديد من المشكلات والقضايا المترتبة على ذلك (انظر على سبيل المثال: محمود رشاد ١٩٩٧؛ خالد بدر ١٩٩٥، ٣٣٧ – ٣٨٢؛ وعلى مفتاح

(Miller , N. & Fine , J , وكذلك (١٠٣ – ٨١ ،١٩٩٤
1993: 2) (Kessler et al , 1996 , p. 42)

المحور الرابع: دراسات اهتمت بالوقاية وطرق العـلاج والتأهيل مركزة على عدة حقائق، مثل: إن الوقاية درجـات ومستويات، ولكي تكون فاعلة فإنه يجب توافر مجموعة من الشروط بها، وإن طرق العلاج تتنوع، بل وتختلـف وفقـًا لطبيعة الشخص وتاريخه مع المخدر وكـذا طـرق إعـادة التأهيل وما إذا كان تأهيله في مجتمع علاجي أم في المجتمع الطبيعي أي بدون عزل (انظر على سبيل المثال: مصطفى سويف، ١٩٨٨، سويف، ١٩٩٠)

(Aktan , GB 1998 , pp: 39 – 52)
(Aktan , GB 1999 , pp: 227 – 239)
(Brochvu. S. et al ., 1999 pp: 173 – 182)
(Teichman, M ., K., A (1998) pp: 59 – 70)

ثانيا: ملامح الأبحاث والدراسات في الواقع العربي:

أ – ملمح الدراسات النفسية:

قام الباحث بدراسة لإسهام البحوث المصرية في دراسـة الإدمان – دراسة في تحليل المضمون للبحوث الميدانية مـن

عام ١٩٦٠ حتى ١٩٩٧). وقد توصل إلى أن القضايا التي أثارتها الدراسات الميدانية في مصر هي:

قضية أسباب ودوافع الإدمان – قضية المواد المخـدرة: أنواعها – أضرارها – قضية ديناميات شخصية المـدمن – قضية النظريات التي فسـرت الإدمـان – قضـية بعـض المتغيرات المرتبطة بالإدمان – مقارنة بين فئات من مدمني المخدرات داخل الثقافة الواحدة – مقارنة بـين فئـات مـن مدمني المخدرات – مقارنة غير ثقافية – الأطفال والإدمـان (محمد حسن غانم، ١٩٩٦: ١٥٠ – ١٦٤).

وواضح من استعراض القضايا التحليلية لدراسات الإدمان في مصر أنها أغفلت التركيز على جوانب العلاج المختلفـة ومحاور التأهيل النفسي والاجتماعي للمدمن وإن كانت هناك بعض الدراسات جد قليلة في مجال العلاج التأهيلي النفسـي (سوف نتعرض لها بعد ذلك).

ب – ملمح الدراسات الاجتماعية:

يلخص أحمد مجدي حجـازي/ وشـادية علـي قنـاوي (١٩٩٠) الملامح الاجتماعية لتناول ظـاهرة المخـدرات والإدمان في مصر والعالم العربي كالآتي: -

أولاً: الاهتمام في السابق كـان ينصـب علـى تحليـل الظروف المحيطة بالفرد، وفي الغالب كان التركيـز علـى الدوافع النفسية والاجتماعية في تعاطي المخدرات أو إدمانها.

ثانيا: إن الدراسات التي تمت في مجال المخدرات أغلبها ينطلق من المحلية في التفسير مغفلة الإطار العالمي وأسباب تزايد الظاهرة عالميا.

ثالثًا: تشير الدراسات والبحوث السابقة في هذا المجال إلى التركيز على المتعاطي أو المدمن لأنه يمثل الفاعل، مهملـة الجوانب الأخرى في التناول مثل تنـاول ظـاهرة الاتجـار والترويج والتي تلقي الضوء على انتشار الأنواع المعاصـرة من المخدرات.

رابعا: تنطلق معظم الدراسات أيضا من زاويـة التـأثير السلبي للمخدرات على الفرد والمجتمع مغفلة بـذلك الرؤيـة العكسية بمعنى تأثير التخلف على انتشار الظاهرة.

خامسا: تقدم البحوث والدراسات في الكشف عن أسـاليب الوقاية والعلاج توصية مؤداها أن الحد مـن انتشـار هـذه الظاهرة يكمن في أسلوبين أساسيين: أحدهما علاجي والآخر رادع من خلال التشدد في العقوبة ... مغفلـة العديـد مـن

الجوانب الأخرى للظاهرة (مجدي حجازي/ شادية قناوي، ١٩٩٠، ٢٣٩ – ٢٤٠) إلا أن الدراسات الاجتماعية التي تناولت التأهيل الاجتماعي للمدمن جد قليلة ولم يتوفر لها الشروط المطلوبة لقياس مدى فاعليتها (كما سنعرضها بعد ذلك).

لماذا يذهب المدمن إلى العلاج؟

يذهب المدمن إلى العلاج للأسباب الآتية:

١ – مطاردة الأسرة أو الأصدقاء أو الجهات الأمنية له.

٢ – تراجع فاعلية العقار المستخدم في تغير حالته المزاجية.

٣ – التسمم الحاد والنقل الإسعافي الاضطراري إلى المستشفى.

٤ – انهيار الوظائف البدنية أو الاعتلال البدني.

٥ – الفشل في الامتناع عن التعاطي على المستوى الشخصي أو بمساعدة العيادات الخاصة.

٦ – عدم توافر العقار المستخدم وإصابته بالأعراض الانسحابية الحادة التي تستلزم وضعه في المستشفى.

٧ – الملل من السلوك الإدماني ومحاولة وضع حد للآلام والمشكلات المتراكمة نتيجة تاريخه الإدماني.

(صفاء غريبة؛ ١٩٩٨؛ ١٦١)

أو لأسباب أخرى استطاع الباحث رصدها في: -

- الرغبة في إرضاء الأسرة.
- عدم وجود العقار الذي يستخدمه في السوق حاليـا أو عجزه عن توفير الأموال لشرائه مما يستدعي الدخول في فترة (نقاهة) في المستشفى.
- الهروب من فعل إجرامي قد ارتكبه ويخشى القـبض عليه.
- القبض عليه متلبسا بالتعاطي من قبل الجهات الأمنية.
- دخول المستشفى رغبة في أن يريح عضلاته (خاصة مدمن الحقن والذي تكون (عروقه) قد تـأثرت مـن جراء ذلك وبالتالي يكون قراره دخول المستشفى.

الخلاصة: أن يافطة العلاج واحدة لكي ينضـوي أسـفلها العديد من المدمنين والذين قاموا للدخول تحـت مسـميات ودوافع شتى.

- هل العلاج النفسي الجمعي للمـدمنين يجـب أن يـتم بصورة موحدة أم لابد منه والتصنيف) أي عزل كل فئة مدمنة لعقار مخدر ما بمعزل عن فئة أخرى؟

- واقع الأمر ومن خلال خبرة قيادات الجماعة العلاجية لمدمن المخدرات تستوجب عدة ملاحظات: -

الأولى: - أن هناك تمايزا بين كل فئـة إدمانيـة وفئـة إدمانية أخرى.

الثانية: يرتبط هذا التمايز بقيمة أسعار المخـدر فمـدمن الهيروين يرى أنه ذو قيمة أعلى مثلاً مـن مـدمن المواد المتطايرة.

الثالثة: - أن المدمنين أنفسهم يفتخرون بتاريخهم الإدماني فالمدمن من عشر سنوات تكون له مكانته عن المدمن من عام مثلاً.

الرابعة: - شلة التعاطي أو هل تضم شخصيات معروفـة أو أبناء شخصيات اجتماعية مشـهورة تكـون لـه الأولوية بين شلة تعاطي أخرى تضم مجموعة مـن المجهولين غير المعروفين اجتماعيا.

الخامسة: أماكن التعاطي ... وكلما كان المكان الذي يـتم فيه التعاطي فخما ولا يتردد عليه إلا (علية) القوم كلما كانت مكانته أفضل.

إلا أن المعالج النفسي الجمعي لجماعات المدمنين يجب أن يعلم أن هناك علاقة ما بين البناء النفسي للمـدمن وطبيعـة العقار المخدر الذي يفضله، وأن كل جماعـة مـن مـدمني العقار المخدر تتسم بصفات معينة؛ إلا أن كل ذلك لا يمنـع من ذكر حقيقة أن هناك (مقامات مشـتركة) بـين كافـة المدمنين بعضهم البعض. وأن الخبرة في هذا المجـال قـد جعلت كاتب هذه السطور يرى بضرورة التعامل مع كل فئة إدمانية علاجيا في البداية، وبعد ذلك (جمع) هـذه الفئـات المتعددة معا في جلسة علاجية.

ومن الموجز إلى التفاصيل.

العلاقة بين البناء النفسي للمدمن وطبيعة العقـار المخـدر الذي يفضله:

إن اختيار الشخص لمخدر ما بحيث يصبح هو المخـدر المفضل لديه، إنما يرتبط بالعديد من الاحتياجـات اللازمـة للبناء النفسي للشخص.

(Hugh. T. Wilson , 1999 pp: 45 – 52)

وعموما فإن العديد من الدراسات الميدانية الإكلينيكية التي تناولت البناء النفسي لخصائص كل مدمن عقار معين قد وجدت الآتي:

أولاً: أ – خصائص شخصية متعاطي الحشيش:

١ – العلاقة بالأم علاقة اعتمادية طفلية.

٢ – اضطراب العلاقة بالأب حيث تكون علاقة تمرد وعصيان.

٣ – التثبت على المرحلة الفمية المتأخرة.

٤ – عدم القدرة على تخطي الموقف الأوديبي.

٥ – اضطراب الحياة الجنسية.

٦ – اضطراب البناء النفسي للمتعاطي حيث يقترب من البناء النفسي لمريض الهوس والاكتئاب.

٧ – الانطوائية والانسحابية وانخفاض مستوى الطموح.

٨ – سوء التفكير وضعف البصيرة.

٩ – التعاطي وسيلة لعقد صلة بالواقع والتعامل معه.

١٠ – يشعر المتعاطي بالوحدة والنبذ والذي يعد من دواعي اكتئابه.

١١ – يكون الإدمان مرتبطا بالبناء النفسي للشخص الذي يغلب عليه العدوان المرتد إلى الذات.

ب – الحاجات النفسية لمتعاطي الحشيش:

١ – الحاجة إلى الشعور بالأمن.

٢ – الحاجة إلى اعتبار الذات.

٣ – الحاجة إلى الإشباع الفمي.

مع ضرورة الأخذ في الاعتبار أن هذه الخصائص وتلـك الاحتياجات تختلف من متعاطٍ إلى آخر (في الدرجة) وليس في (الكيف).

(عبد ا عسـكر، ١٩٨٥، سـعد المغربـي، ١٩٨٦، مصطفى زيور، ١٩٨٦، حسين فايد ١٩٩٢؛ Souif. M. et al ., 1980).

ثانيا: أ – الخصائص النفسية لمتعاطي الأفيون:

توصلت أغلب الدراسات التي تناولت متعاطي هذا العقار إلى الخصائص الآتية:

١ – الاستعداد النشوئي في مرحلة النمو المبكر للقابليـة للإدمان.

٢ – صورة شخصية الأب لديه تتسـم بأنهـا عدوانيـة/ متسلطة/ مع توقع مستمر لإيقاع العقاب بـه سـواء (أكان هذا التصور واقعيا أم متخيلا، حيث يصـبح في التحليل النفسي أن الفكرة = الفعل).

٣ – ضعف في البناء النفسي للأنا العليا.

٤ – عدم الثقة بالسلطة والنظم الاجتماعية القائمة.

٥ – كف العدوان.

٦ – اضطراب التوحد الذكري.

٧ – السلبية وانخفاض مستوى الطموح.

٨ – مشاعره تجاه الأم تتميز بالثنائية الوجدانية (حب – كره).

٩ – التشاؤم وعدم الثقة في الحياة.

١٠ – اضطراب في التوحد الذكري.

١١ – اضطراب في السيادة الجنسية.

١٢ – تدهور الكفاية العقلية ومستوى التفكير.

١٣ – معاناة خبرة القلق.

١٤ – اضطراب البناء النفسي.

١٥ – ميل لعقاب الذات وتدميرها.

١٦ – شيوع السمات النفسية المرضية وأوضحها: عـدم الأمن الانفعالي/ الاكتئاب/ الانحراف السيكوباتي.

ب – الحاجات النفسية لمتعاطي الأفيون:

١ – الحاجة إلى الأمن.

٢ – الحاجة إلى الاعتماد على الغير.

٣ – الحاجة إلى النجاح.

(عبد ا عسكر، ١٩٨٥، سعد المغربي، ١٩٨٦، فاروق عبد السلام، ١٩٧٧)

ثالثًا: أ – الخصائص النفسية لمتعاطي العقـاقير المنشـطة والمهلوسة:

١ – فقدان الهوية الذي يعود إلى اضطراب البناء النفسي لديه والناتج عـن اضـطراب العلاقـات الأولـى بالموضوع.

٢ – الهروب من الواقع المؤلم.

٣ – قلة الثقة بالنفس.

٤ – اضطراب الحياة الجنسية.

٥ – يفتقد إلى القدرة على التواصل الإنساني والمشـاركة الوجدانية.

٦ – متعـاطي الأقـراص عميـق الاكتئـاب وعميـق الاضطراب.

٧ – شديد التمرد على الأب والسلطة، ذلك التمرد الخفي الذي كان من دواعي اغترابه.

٨ – عدم القدرة على تحمل المسئولية.

٩ – التمركز حول الذات.

١٠ – يعيش على هامش المجتمع.

ب – الحاجـات النفسـية لمتعـاطي العقـاقير المنشـطة والمهلوسة:

١ – الحاجة إلى الجنس.

٢ – الحاجة إلى الانتماء.

٣ – الحاجة إلى توكيد الذات وتقديرها.

(عبد ا عسكر ١٩٨٥، ماهر نجيب ١٩٨٦، حسين فايد ١٩٩٤)

رابعا: أ – الخصائص النفسية لمتعاطي الهيروين:

١ – ضعف شديد في تقدير الذات.

٢ – القابلية للاستهواء.

٣ – ازدواجية في المشاعر بين الحب والكراهيـة تجـاه الأب.
٤ – صورة الأم لديه (مهتزة) ضعيفة (أي توجد على هامش الأحداث).
٥ – نكوص نرجسي مرضي.
٦ – يعاني من الضغوط الاجتماعية التي تُحـدِث لديـه الاكتئاب الحاد.
٧ – يعاني من القلق المصحوب بالاكتئاب.
٨ – الإحساس بالفشل وكراهية الذات والحزن والتردد.
٩ – فقدان الاهتمام الشخصي والاجتماعي.
١٠ – اضطراب في صورة الجسم وفقدان الشهية وفقدان الوزن.
١١ – صعوبة العمل الناتج عن: قلـة النـوم/ الشـعور المستمر بالإجهاد.
١٢ – متبلد الوجدان.
١٣ – يفضل العزلة بعيدا عن الأهل والضغوط الناتجـة عن العلاقات الاجتماعية، واللجـوء إلـى الشـعور بالعظمة والقدرة المطلقة والشعور بالسعادة.

١٤ – الإحساس بالذنب والخجل والانتقاد الذاتي الزائد.

١٥ – الرغبة في تدمير الذات.

١٦ – التخفف من القلق بزيادة النشاط الجنسي.

١٧ – يغلب على نمط شخصياتهم: الانطواء/ الاضطهاد/ الاكتئاب.

ب – الحاجات النفسية لمتعاطي الهيروين:

١ – الحاجة إلى تأكيد الذات.

٢ – الحاجة إلى الحب.

٣ – الحاجة إلى الاعتماد على الغير.

٤ – الحاجة إلى الشعور بالأمن والطمأنينة.

(ماهر نجيب، ١٩٩٠، ١١٧ – ١١٩، أحمد درويش، ١٩٩٢، حسين فايد، ١٩٩٢)

خامسا: أ – الخصائص النفسية لمدمني المواد المتطايرة.

١ – انخفاض المستوى التعليمي والاقتصادي لأسرهم.

٢ – عدم انتظام الأب في العمل.

٣ – وجود أب مدمن.

٤ – وجود أكثر من أخ مدمن.

٥ – زيادة عدد أفراد الأسرة.

٦ – غياب القدوة الحسنة داخل الأسرة.

٧ – كثرة المشاحنات والخلافات الأسرية.

٨ – تتسم شخصية المتعاطي بالعصبية والقلق والتوتر.

٩ – الحرمان من الحب الأسري.

١٠ – معاناة من صعوبات التوافق مع الواقع والذات.

١١ – عدوان متفجر تجاه الذات.

١٢ – صورة مدركة – غير سوية – للآباء والأمهات.

ب – الحاجات النفسية لمتعاطي المواد المتطايرة:

١ – الحاجة إلى الأمن.

٢ – الحاجة إلى الحب.

٣ – الحاجة إلى الدفء الأسري (المفتقد في الواقع).

٤ – الحاجة إلى الإحساس بالذات وتقديرها.

(سامي عبد القوي/ إيمان محمد صبري ١٩٩٧، ٩٢ – ١٢٤، محمد حسن غانم ١٩٩٦، Schutz , C ., 1994, pp: 99 – 105 , Wright & Pearle , 1995 pp: 20 – 24)

سادسا: أ – خصائص شخصية متعاطي المواد المتعددة:

١ – زيادة في كم القلق.

٢ – نقص في تقدير الذات.

٣ – البناء النفسي يقترب من البناء النفسي للفصاميين.

٤ – خلفية أسرية تتسم بالتناقض.

٥ – التوحد بالأم.

٦ – مشاعر متناقضة تجاه الأب.

٧ – انحرافات جنسية.

٨ – عجز عن تحمل الإحباط.

٩ – مركز الضبط لديه خارجي.

١٠ – الإحساس بعدم الانتماء لمخدر أو حتى لأشـخاص يتخذهم نموذجا.

١١ – العجز عن اتخاذ القرارات.

١٢ – عدوان شديد موجه ضد الذات.

١٣ – الافتقار إلى إقامة حوار مع الآخر.

ب – الحاجات النفسية لمتعاطي المواد المتعددة:

١ – الحاجة إلى الانتماء.

٢ – الحاجة إلى تقدير الذات.

٣ – الحاجة إلى الإحساس بالدفء الأسري.

٤ – الحاجة إلى الشعور بالأمن.

(محمد حسن غانم قيد النشر، حسين فايد، ١٩٩٧، ص ١٤٢ – ١٥٥، Panton , S. M. and Kandel , 1984 , pp: 575 – 576)

سابعا: أ – الخصائص النفسية لمدمني الكحوليات:

١ – عدم القدرة على تحمل المسئولية.

٢ – تقدير سلبي للذات.

٣ – أنا غير كفء.

٤ – سلوكه يتسم بالاضطراب والتخبط.

٥ – مشاعر اكتئابية.

٦ – العجز عن تحقيق علاقة اجتماعية سوية مع الآخر.

٧ – العجز عن كف العدوان.

٨ – أنا أعلى ضعيف.

٩ – صورة الأب لديه تتسم بالسلبية.

١٠ – إلقاء اللوم على الآخرين.

١١ – صورة الأم لديه سلبية/ خائنة، لذا ينعكس ذلك في نظرته للنساء كافة .

١٢ – عدم القدرة على تخطي الموقف الأوديبي بنجاح.

ب – الحاجات النفسية لمدمني الكحوليات:

١ – الحاجة إلى المساعدة والعون.

٢ – الحاجة للحب من الآخر.
٣ – الحاجة إلى تقدير الذات.
٤ – الحاجة إلى النجاح.
(راوية دسوقي ١٩٩٥، ٨ – ٣٣، أحمد درويش، ١٩٩٢)

ولعل كل ما سبق يشير إلى الحقائق الآتية: -

١ – وجود فروق في البناء النفسي بين المدمنين لعقار مخدر ما، وعقار آخر.
٢ – أن هذه الفروق كمية وليست كيفية.
٣ – وجود (مقام مشترك) كما يذكر مصطفى سويف (١٩٩٦) بين جميع المدمنين مثل سمات: الاكتئاب/ الشعور بالذنب/ الخجل/ الشعور بفقدان القيمة/ الإحساس بانعدام الدور/ زيادة الانطوائية/ الانحراف السيكوباتي/ مخاوف مرضية/ سلوك قهري مع ميل إلى الخضوع.
٤ – أن هذه الأمور يجب أن تكون واضحة حين نتعامل مع هؤلاء المدمنين في المراحل المختلفة للعلاج والتأهيل (بمراحله المختلفة).

٥ – وأن تعلق الشخص بالمخدر إنما يجد صدى وقبـولاً في بناء النفس ثم يتأكـد ذلـك حـين (يخلـص) الشخص لمخدره المفضل؛ لأنه يشبع لديه احتياجات نفسية معينة، فإذا لم يجد في المخدر هذين الشرطين (الاتفاق مع البناء النفسي + إشباع الاحتياجـات) فإنه يرفضه بدليل أن الدارسين للإدمـان وقضـاياه المتعددة يؤكدون على ضرورة التفرقة والتمييز بين مستويات ثلاثة للتعاطي وهي: -

- التعاطي الاستكشافي/ الاستطلاعي.

صعوبات العلاج النفسي الجمعي للمدمنين/ ثمة عديد من المشكلات التي يجب الالتفات إليها وهي في جملتها لا تخرج عن نوعين من المشكلات: -

النوع الأول: - مشكلات متعلقة بالمظـاهر والأعـراض المرضية التي يأتي المدمن للـتخلص منهـا أو تخفيضـها بواسطة العلاج النفسي الجمعي وهـي مشـكلات يجـب أن تشخص من خلال الإجابة عن جملة من التساؤلات: -

- ما هي الاحتياجات النفسية التي دفعت هـذا الشـخص تحديدا إلى إدمان هذا العقار؟ وهـل لجـأ الشـخص

للإدمان حتى يتخلص من أعـراض نفسـية مؤلمـة (العلاج الذاتي)؟ وهل حالة الإدمان لديه (نقية) أي لا ترتبط بمشكلات أخرى، أي أن هذا الشخص يعاني من تشخيص مزدوج (أي إدمان مع مرض نفسي أو عقلي أو حتى انحراف سلوكي)؟.

النوع الثاني: - المشكلات المتعلقـة بـالعلاج النفسـي الجمعي، والتي قد تدفع المدمنين إلى رفض العلاج وتحاشيه وتجنبه أو تعوق الإفادة التامة منه.

وقد تم حصر هذه المشكلات التي تمنـع الاسـتفادة مـن العلاج النفسي الجمعي في المشاكل الآتية: -

١ – خبرة فشل سابقة في العلاج النفسي الجمعـي: مـن خلال الخبرات الآتية:

أ – تعرض لنقد عنيف أو تعرية داخلية أو كشف صريح لنقائصه وعيوبه أو جرح معقد لمشاعره.

ب – رؤية الشخص (أو سماعه) لأحد أعضاء الجماعة وقد انهار وانخرط في بكاء شـديد أمـام أعضـاء الجماعة العلاجية.

ج – فشل ميكانزمات الدفاع في حماية ذات المريض أثناء التراشق اللفظي الذي يلمـس بشـدة خصوصـيات المريض.

د – فشل المريض في التواصل مع أعضـاء الجماعـة العلاجية وشعوره بالذنب.

٢ – اتجاهات غير مرضية نحو العلاج النفسـي بصـفة عامة والعلاج النفسي الجمعي بصفة خاصـة: مـن خلال الاعتقـاد بـأن العـلاج النفسـي لا يـتم إلا (للمجانين) وأنه طويل الأمد ولا قيمة منه البتة.

٣ – ضعف الاستعداد للقيام بالواجبات العلاجية المطلوبة من الشخص إبان أو حتى بـين فتـرات الجلسـات العلاجية.

٤ – زيادة مستوى الانطوائية والانعزالية: وأن الشـخص الذي يتصف بهذه الصفات يفضل عـدم الاخـتلاط بالآخرين وما العلاج النفسـي الجمعـي إلا تجميـع لمجموعة من الأفراد وقيام نوع من التفاعل بيـنهم، وشخص بهذه الصفات لابد أن يعجز أو (يكون لديه

رهبة من مجرد التفكير في أن يجلس مع آخرين وأن الحديث سوف يدور عن (أشياء حميمة).

٥ – كراهية مفهوم العمـل الجمـاعي (وكـذا العـلاج الجمعي) حيث يكون الشخص على سجيته في حالة تواجده بمفرده.

٦ – توقعات غير مؤكدة تجاه العلاج النفسي الجمعي من خلال:

أ – توقع فشل المعالج في إتمام الشفاء.

ب – توقع حدوث مكروه أثناء جلسات العلاج.

ج – توقع عدم جدوى العلاج في حد ذاته.

د – توقع حدوث مضاعفات وزيادة في التـوتر وإلحـاق الضرر.

هـ - توقع أن بعض الأعضاء سوف يفشون أسـرارهم خارج نطاق الجلسة العلاجية.

٧ – ضعف الثقة في الجماعة العلاجية: - وتكون ضعف (أو انعدام الثقة) عملية متبادلة إمـا بـين الفـرد والجماعة أو الجماعة والفرد.

٨ – نقص المهارات الاجتماعية: من خلال العمل علـى: كسب ثقة ومودة وتعاطف الآخرين ولذا فإن الشخص الذي يفتقد إلى هذه المهارات سـوف يخشـى مـن الدخول إلى جماعات علاجية.

٩ – عدم الاقتناع بمفهوم العلاج النفسي الجمعي: - مـن خلال:

أ – نقص المعلومات الصحيحة عن العلاج الجمعي.

ب – وجود (كم من المعلومات) المشـوهة للجلسـات العلاجية.

ج – اللا مبالاة وعدم الاهتمام.

١٠ – الصمت: والصمت قد يستخدم كأحد الفنيـات فـي العلاج النفسي الجمعي، وقد يكون مفيدا وقد يكـون مضرا وتحاول (اللات والعجن) في أي (كـلام) حتى تهرب من هذا الصمت.

١١ – مقاومة العلاج النفسي الجمعي: وتظهر المقاومـة من خلال عوامل شـعورية (أي يـدركها ويعيهـا الشخص) أو لا شعورية؛ تعبر عن نفسها: -

أ – مقاومة العلاج ذاته.

ب – الخوف من الشفاء (نظرا إلى المكاسـب الثانويـة التي يجنيها الشخص).

ج – تفضيل الراهن عن اللاحق (اللي نعرفه أحسن من اللي ما نعرفوش).

د – الخوف من كشف المستور.

(وتعبر أنواع المقاومة سواء الشعوري أو اللا شعوري) عن نفسها في العديد من المحاور الآتية:

نسيان مواعيد الجلسة/ الانشغال بنشاطات أخـرى أثنـاء الجلسة – طلب الخروج (ضد النصح الطبي) – التمارض – الصمت – التأخر في حضور الجلسة/ استفزاز الآخـرين وافتعال المشاجرات – السخرية والمزاح ... الخ.

١٢ – أفكار خاطئة من الآخرين يتبناها الشـخص عـن العلاج النفسي الجمعي.

١٣ – انخفاض مستوى الدافعية للمشاركة أو الانخـراط في العلاج النفسي الجمعي.

١٤ – القيام بدور معوق في الجماعة العلاجية.

١٥ – ارتفاع مستوى العنف داخل الجماعـة ممـا يعـد عاملاً معوقا لاستمرار الجلسات العلاجية.

١٦ – عدم الانصياع لمعايير الجماعة العلاجية.
١٧ – ضعف الثقة في المعالج.
١٨ – ضعف الانتماء إلى الجماعة ويظهـر ذلـك مـن خلال: تفاهة التعليقات – الصمت – ضعف مستوى التفاعل مع الآخرين. عدم الذوبان في جـو الجلسـة العلاجية – الحملقة في لا شيء.
١٩ – اتجاهات غير سارة تجـاه المؤسسـة العلاجيـة: وطلب الخروج وافتعال المشاكل من أجل ذلـك؛ أو الهروب (وهذا الشيء معتاد، أن يهرب المدمن من المؤسسة العلاجية) وقد يذكر إلى الآخرين تهديـدا أنه إذا لم تنفذ مطالبه سوف يهرب أو يضطر إلـى الهروب في صمت مستندا إلى أن المؤسسة العلاجية أشبه بالسجن. وإن ما تفعله إنمـا هـو مـن قبيـل المسرحية التي لا بد من إغلاق الستار عليها وأنه لا فائدة من التواجد الخ.
٢٠ – اتجاهات غير مرضية تجاه العلاج النفسي ككل.
٢١ – اتجاهات سالبة نحو المؤسسات العلاجية كائنة من كانت وتحت أي مسمى.

٢٢ – الخوف من إفشاء الأسرار من قبل أحـد أعضـاء الجماعة.

٢٣ – رفض الانتقال من وحدة علاجية إلى أخـرى، أو من أسلوب علاجي إلى آخر، لأن عـلاج المـدمن يقتضي أساليب متعددة، وهنا قد (يشاكس المدمن) رافضا الانتقال من وحدة إلى أخرى أو من معـالج إلى آخر.

٢٤ – الخوف من مواجهة الغرباء في الجماعة العلاجيـة وتحت مسميات شتى.

٢٥ – الخوف من مواجهة الشلل الصغيرة داخل الجلسـة العلاجية الجمعية.

٢٦ – الخوف من الشعور بالنبذ داخل الجلسة العلاجيـة الجماعية.

٢٧ – الخوف مـن سـخرية أعضـاء الجماعـة (وأن يتحدوا) في ذلك عليه.

٢٨ – الاعتقاد بأن كل أساليب العلاج النفسـي الجمعـي واحدة.

٢٩ – عدم الشعور بالارتياح من مكان عقـب الجلسـات العلاجية الجمعية وتحت مسميات شتى.

٣٠ – الخوف من سلوك أعضاء الجماعة العلاجية الذين يحضرون الجلسة بعد انتهاء الجلسة العلاجية: مـن خلال الخوف من: -

أ – مناقشات جانبيه بين الأعضاء.

ب – السخرية من المدمن.

ج – التحرش به.

د – تعرضه للأذى البدني من قبل أحد أعضاء الجماعـة على ما بدر منه.

و – إطلاق شائعات مغرضة عنه.

٣١ – الاعتقاد بتمام الشفاء وعـدم الحاجـة لاسـتمرار العلاج خاصة وأن العديد مـن المـدمنين يعتقـد أن عبور مرحلة الأعراض الانسحابية كافية لذلك.

٣٢ – طول مدة الجلسة العلاجية مما يثير لديـه الملـل والضجر والإرهاق.

٣٣ – ضعف الروابط الانفعالية بين المعـالج والجماعـة العلاجية.

٣٤ – عدم مناسبة مواعيد الجلسة العلاجية مـن حيـث الموعد والزمن (مدحت أبـو زيـد، ٢٠٩، ١٩٩٨ – ٢٩٣ (Soldz , 1993) (Whitaker , 1992)

إجراءات العلاج: - تتعدد فنيات العلاج النفسي الجمعـي لجماعة المدمنين وفقًا إلى المدرسة التي ينتمي إليها المعالج، وفقًا لطبيعة التدريب الذي تلقاه في هذا المجال، ومدى مناسبة هذه الفنيات لطبيعة الأشخاص الذين سيقوم بعلاجهم.

لكن في العـلاج treatment والتأهيـل reahaplation للمدمنين لا تكون الأمور سهلة بل معقدة ومتشابكة من خلال ضرورة التعرف على: -

١ – أن الأمر المؤكد أنه لا توجد شخصية إدمانية واحدة، وأن مدمني المخدرات ومدمني الكحوليات مجتمعات غير متجانسة بشكل واضح، وبالتـالي لا يجـب أن (نصب) كل مدمن في قالب علاجي (واحد).

٢ – أن العديد من الأبحاث قد أكدت أن المخـدر الـذي يعتمد عليه الشخص قد اختاره لتأثيراتـه الطبيـة أو العلاجية. فعلى سبيل المثـال تسـتخدم المخـدرات المنبهة بكثرة لخفض القلق الاجتماعي وأن مـدمني مشتقات الأفيون ربما يستخدمون المخدر لكي يمكنهم

من التعامل مع حالات الحـزن والكـدر المرتبطـة بمشاعر العداء والعدوانية، وبالتالي فـإن اسـتخدام المخدر كعلاج يقتضـي أن نضـع فـي الاعتبـار ضرورة وضع برنامج مناسب يتجـه نحـو عـلاج المشكلات الكامنة خلف الإدمان.

٣ – لابد من الوقوف على معتقدات واتجاهات الشـخص تجاه المخدرات أو الكحوليات، ويتعين هنا – علـى أعضاء الفريق العلاجي للإدمان – أن يكتشفوا معـا المعنى الاجتماعي والنفسي لتعـاطي هـذا المخـدر تحديدا، ذلك لأن إنكار أو تجاهل إدراكات المـدمن حول استخدامه للمخدر يؤدي إلى تفجر المقاومـة أو العداء من جانب المستخدم، إضافة إلى إمكانية التأثير في جهود المعالجين.

٤ – لابد من الأخذ في الاعتبار – عندما يتقـدم المـدمن للعلاج إثارة مثل هذه التساؤلات والإجابة عنها: لماذا فكر المدمن في العلاج؟ ولماذا فـي هـذا التوقيـت تحديدا؟ وبأي شكل يشعر المـدمن أنـه أفضـل أو مختلف عندما يتعاطي أو يتوقف؟ وما هي مخاوفـه

حينما يتوقف؟ لأن العديد من المدمنين لا يقدم على العلاج خوفًا من آلام الأعراض الانسحابية - حتى وإن كان بها قدر من المبالغة - . ولا شك أن الوقوف على مثل هذه التساؤلات من المدمن - على أساس أنه صاحب القضية أولاً وأخيرا - هام جدا). (محمد حسن غانم، ٢٠٠٠).

٥ – ضرورة تحديد الظروف المحيطة بالشخص ومقدار مسئوليتها عن الإدمان وفشل العلاج وبالتالي كثرة الانتكاسات، وبالتالي لا نستطيع أن نتحدث (لا في الحاضر ولا في المستقبل) عن إمكانية وجود نموذج واحد للعلاج يطبق بلا استثناء على جميع المدمنين، بل الأقرب إلى التفكير المنطقي والنظرة العلمية الموضوعية أن تُذكر بضرورة: تفصيل وتصميم برنامج علاجي طبقًا لاحتياجات الفرد وإذا كانت العبارة تبدو بسيطة ولا تثير جدلاً أو خلافًا إلا أنها إذا طبقت بطريقة إكلينيكية سليمة فسوف تقتضي العديد من الجهود والتعاون بين أعضاء الفريق

العلاجي كافة، بل العديد مـن مؤسسـات المجتمـع المعنية بمشكلة الوقاية والعلاج والتأهيل للإدمان.

٦ – أن يكون التقييم شاملا للفرد محددا:

- حجم وطبيعة المشكلة.
- مدى معاناة الفرد من أي اضطرابات نفسية أو عقلية.
- هل هذه الاضطرابات – إن وجدت – كانت سـابقة أو مصاحبة أو ناتجة عن الإدمان ؟.
- ما هي دوافع هذا الشخص – تحديدا – للتعاطي ؟.
- ولماذا هذا المخدر بالضبط وتاريخه معه؟ .
- ما هي حجم المشكلات الاجتماعية التي ترتبت علـى الإدمان ؟.
- مرات التردد للعلاج والدوافع في كل مرة.
- مرات الانتكاسات والدافع في كل مرة.
- طبيعة الظروف الداعمـة أو الضـاغطة فـي بيئـة الشخص.

وغيرها من التساؤلات التي يجب أن يتخصص كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي في تشخيصها ووضع خطة علاجية مناسبة/ ومتكاملة لها.

٧ – أن التوقف عن التعاطي لا يجب أن يكون هدفًا في حد ذاته بل لابد من وضع محكات للتعاطي من الإدمان، ذكرها العديد من الباحثين (ومنهم بايتسون) والذي ركز على: -

أ – أن الامتناع الإرادي عن التعاطي (في مدمني الكحوليات كمثال – لكنه يمثل جميع مدمني المخدرات والكحوليات بالطبع) بل لابد من تحقيق تحسن في الجوانب الانفعالية الآتية:

- تحسن في حالات الانفعالات الحادة.
- تحسن في العلاقات بين الشخص والآخرين.
- تحسن في أدائه للعمل.
- تحسن في حالته الصحية الجسمية.

ب – أن الامتناع الإرادي لا يرتبط بالضرورة بالتحسن في المجالات الأخرى للحياة الصحية، إذ قد يرتبط

الامتناع الإرادي بالتدهور الوظيفي في هذه المجالات الأخرى.

ج - بينما لا يمتنع بعـض المـدمنين إراديـا إلا أنهـم يظهرون تحسنًا عاما فـي كـل مجـالات الحيـاة (Patison , 1967).

٨ - أن التدخل الطبي وتخليص الجسم من آثار الإدمـان إنما يعد من أسهل الأمور في برنامج إعادة التأهيـل الشامل للمدمن، واقتصار الفهم حول هذا المحور فقط إنما يعد (تخلفًا) فكريا إزاء هذه القضية المتشعبة، لدرجة أن أحد المدمنين قد قال لي (معلقًـا) علـى التدخل الطبي فقط: ما دام الأمـر بهـذه السـهولة (يقصد العلاج) فلماذا لا أعاود الإدمان ثم العـلاج ثم الانتكاس وهكذا إلى ما شاء ا ؟

٩ - أن يعي كل عضو من أعضاء الفريق العلاجـي أو مؤسسات المجتمع المعنية بالوقاية والعلاج وإعـادة التأهيل - أن تعرف أن عـلاج الإدمـان وإعـادة التأهيل تمر بأربع مراحل هي:

أ – مرحلة التجاهـل Precontem plation أي عـدم إدراك الشخص المدمن لأضرار الإدمان بالرغم من أن المحيطين به يعلمون الأضرار.

ب – مرحلة النية أو العزم Contem plation ويقصـد أن الشخص قد أدرك خطورة الإدمان و(ينوي) أن يقلع ولكن لم يتخذ قراره بعد.

ج – مرحلة الفعل Action وهـو الـذهاب فعـلاً إلـى العلاج.

د – مرحلة الاستمرارية في التعـاطي Maintenance Recovery والبعد عن كل ما يثير الانتكاس مـرة أخرى.

(Prochaska and Diclement , 1986 , p: 390)

وأن المراحل الأربع أيضا تثير العديد من الاستشـكالات مثل:

- وجود فروق بين الأفراد في كل مرحلة.
- قد يقف الفرد عند مرحلة معينة ولا يتعداها.
- قد يتراوح الشخص ما بين مرحلتين (الأولى/ الثانية) أو (الثالثة/ الرابعة).

١٠ – ضـرورة الأخـذ فـي الاعتبـار أن الانتكاسـة Relapes هي جزء أساسي من قضية الإدمان، ولذا فإن المتابع لأدبيات جماعـات المـدمن – الكحـول والمخـدرات – المجهـول (A. A) و (N. A.) وغيرها من جماعات المساندة الذاتية يؤكدون أنه لا يوجد تعافٍ تـام، وأن الإدمـان مـرض (عنيـد/ مراوغ) يمكن أن يجر الشخص إلى التعاطي مـرة أخرى وتحت دعاوى يبررها الشخص لنفسـه مـن قبيل: أن كأس واحدة لن تضر. ولذا يجب أن ندرب المدمن (النَقِه) على العديد من الأساليب المهاريـة ونشغله بكل ما هو مفيد حتى نملأ الفراغ الذي تركه الإدمان وما ارتبط به من طقوس وسلوكيات.

١١ – إن التوقف عن التعاطي يكون مصحوبا بالعديد من مظاهر القلق والمخاوف مثل: الخوف مـن عمليـة التعافي نفسها، إذ لا يبدو التعافي في نظر مـدمنين عديدين وكأنه نعمة، بل يبدو وكأنه خطر يتهـددهم، ونعني أيضا الخوف من إفشاء بعض أسرار الأسرة، ومخاوف من الأعراض الانسحابية، والخـوف مـن

المعاناة الجسمية والنفسية، والخوف من الكلام فـي مجموعات التعافي في أثناء جلسات العلاج الجمعي، وخوف الشخص من أن يكشف نفسه، والخوف مـن ممارسة الجنس بدون اسـتعمال خمـر أو مخـدر، والخوف من انتهاء العلاج والخوف مـن الاخـتلاط بالآخرين دون مخدر، والخوف من خلق انطباع سيئ عن الغير بدون استخدام المخدر (جبيل روزيللينـي ومارك ووردن، ١٩٩٦). ولذا يجب على كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي فهـم هـذا، وأن يعـي المدمن ذلك.

تلك كانت وجهة نظرنا – ومن خلال إطلاعنا على العلاج الحق وإعادة التأهيل للمدمنين – الحقـائق الإحـدى عشـرة والتي يجب أن يعرفها كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي الذي يتعامل مع الإدمان والمدمنين.

مراحل العلاج:

لعل أول مرحلة في العلاج هي:

أولاً: مرحلة التقييم *Assessment*

١ – دور الطبيب النفسي: ويتلخص دور الطبيـب النفسـي في: -

- إجراءات تطهير الجسم من سموم المخدرات.
- إجراءات طبية لمواجهـة بعـض حـالات الإرجـاع الذهانية الحادة المصاحبة لأنوع التسمم التخديري.
- إجراءات طبية لمواجهة حالات الإفراط في الجرعة.
- إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمـان بصـفة عامة، لأنه يشيع بين غالبية المـدمنين مـثلاً: سـوء التغذية – الأمراض المعدية – الإصـابات البدنيـة – الاضطرابات النفسية الجسمية.
- إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان والمرتبطة بنوع المخدر الذي كان المدمن يتعاطاه.

والخلاصة: أن النظرة التي يجب أن تسود تجاه العـلاج الطبي في مجال علاج الإدمان أنه لا يزيد علـى أن يكـون المرحلة الأولى للتدخل العلاجي المتكامـل بهـدف إيقـاف مجموعة من العمليات البيولوجية التي استثيرت في المـدمن

بفعل الخصائص الكيميائية والفارماكولوجية للمخدر بحيـث بدأت تهدد مبدأ الحياة نفسه، ومن ثم فقد وجب المبادرة إلـى تعطيلها وربما استثارة عمليات بيولوجية أخرى في الاتجـاه المضاد (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢، ٢١٢ – ٢١٣، مصطفى سويف ١٩٩٦: ٢٢١ – ٢٢٥).

٢ – دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

ويتلخص دوره في: -

- معرفة الدوافع التي دفعت الشخص إلى إدمـان هـذا العقار أو ذاك.
- معرفة ما إذا كـان هـذا الشـخص يعـاني مـن أي اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان أو ترتبت عليه.
- معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته.
- معرفة شكل علاقاته الاجتماعية ومـا إذا كـان لديـه مهارات اجتماعية أم لا.
- التعرف على سمات شخصيته وهل يعاني مثلاً من أي اضطرابات وما شدة ذلك وتأثيره على السلوك.

- تطبيق بعض الاختبارات النفسية التي يستشعر من خلال حسه الإكلينيكي أنها تجيب عن العديد من التساؤلات أو تؤكد بعض خطوط (التشخيص).
- العلاجات الفردية والجماعية للمدمن، ومن خلال خبرة الباحث في هذا المجال وجد:
- أن العلاجات السلوكية، والعلاج العقلاني الانفعالي هو أنسب الأساليب للتعامل مع المدمن، وكذا في استخدامها (كفنيات علاجية) في العلاج النفسي الجمعي. (مصطفى سويف، ١٩٩٤، مصطفى سويف ١٩٩٦، مدحت أبو ١٩٩٨) وإن المجال يتسع لاستيعاب العديد من الفنيات العلاجية الأخرى. (لطفي فطيم، ١٩٩٥، صفاء غريبة، ١٩٩٨).

٣ – دور الأخصائي الاجتماعي:

ويتلخص دوره في:

١ – التعرف على طبيعة التكوين الأسري للمدمن (سواء أسرته أو أسرة الميلاد).

٢ – التعرف على مقدار الأضرار التي لحقت بـه مـن جراء الإدمان وانعكاس ذلك فـي شـبكة علاقاتـه الاجتماعية داخل الأسرة أو العمل.

٣ – التعرف على مقدار التدعيمات الأسرية – أو عدمها لدى المدمن.

٤ – التعرف على شبكة العلاقات الضاغطة للفرد المدمن والتي قد تكون محرضة له على استمرار التعـاطي (حتى وإن مر بتجربة علاج).

٥ – التعرف على مقدار انعكاس فعـل الإدمـان علـى الأسرة، وهل هذا المدمن كان (المعبر وكبش الفداء عن جو أسري غير صحي سائد) أم أن الشـخص هذا بإدمانه قد فجـر العلاقـات (الهشـة) داخـل الأسرة.

٦ – الاشتراك مع الأخصائي النفسي في العلاج الأسري.

٤ – دور المرشد الديني:

١ – التعرف على طبيعة الاعتقاد تجـاه الـدين (الـذي يعتنقه الشخص).

٢ – التعرف على التزام أو عدم التـزام الشـخص فـي السابق أو في الوقت الحالي بإجراء العبادات الدينية.

٣ – حث الشخص على أداء الـدين، باعتبـاره مـدخلاً للعلاج.

مع الأخذ في الاعتبار أن الدين يحـدد القـيم السـلوكية والاتجاهات العامة ومنها: الاتجاه نحو المخـدرات. فعلـى سبيل المثال نجد أن تناول الخمـر فـي الديانـة اليهوديـة والمذهب الكاثوليكي يتم السماح بها في بعـض الاحتفـالات الشعبية والمناسبات الرسمية، بينما نجـد الإسـلام وبعـض الطوائف المسيحية التقليدية يحرمان نهائيا تناول الكحوليـات بل وعدها من الكبائر (Hiller & Frances , 1991 , p: 25). كما يمكن استخدام تكنيك المدخل الديني في علاج المدمنين، وتحقيق نتائج جيدة في استمرار التعافي (انظر ,. Auto , et al 1998 , p: 642 ، منصور الرفاعي، ١٩٨٨: ٤٨٧ – ٥٠٣).

وقد أحسن صندوق مكافحـة وعـلاج الإدمـان صـنعا بإصداره كتابا موجها إلى الدعاة الدينيين الذين يتعاملون مـع المدمنين (صندوق مكافحة المخدرات ١٩٩٩).

٥ – دور مرشد التعافي:

١ – التعـرف علـى تـاريخ الشـخص مـع التـدخين والمخدرات.

٢ – التعرف على كم الجرعة وهل هي ثابتة أم متزايدة.

٣ – التعرف على أساليب المراوغـة والانكسـار التـي يتبعها المدمن في التعاطي.

٤ – التعرف على أسباب الانتكاسة في كل مرة.

٥ – التدخلات العلاجية بواسطة الخطوات الاثني عشرة ، والانضمام إلى جماعات المساندة الذاتية Self Help groups.

٦ – دور أخصائي أو مرشد التأهيل:

١ – التعرف على هوايات الشخص التي كان يمارسـها قبل أن ينخرط في الإدمان.

٢ – التعرف على كيفية قضـاء هـذا الشـخص لوقـت الفراغ.

٣ – التعرف على الميول والاهتمامات.

٤ – توجيه الشخص إلى نوع الهوايات التي تحقـق لـه الإشباع بعيدا عن المخدرات.

٥ – إمكانية تدريب الشخص على هوايات جديـدة حتـى يشغل بها وقت فراغه أو تحقق له السعادة بعيدا عن السعادة الزائفة والمتوهمـة الناتجـة عـن تعـاطي المخدرات.

تلك كانت أبرز واجبات كل عضو من أعضـاء الفريـق العلاجي الذي يجب أن يتعامل مع المدمن، ومن خلال تجربة الباحث كعضو في الفريق العلاجي – مع ضرورة الأخذ في الاعتبار أمرين:

الأول: لا بد من وجود تكامل بين جميع أعضاء الفريـق العلاجي وعدم انفراد عضو من أعضاء الفريق بتقييمـه أو المبالغة فيه أو غض الطرف عن باقي التقييمات الأخرى، بل من الواجب الإلزامي أن تصب كل هذه المعلومات في بوتقة واحدة لصالح المريض/ المدمن ولصـالح جهـود الفريـق العلاجي.

الثاني: ضرورة تدريب أعضاء الفريق العلاجـي علـى التعامل مع حالات الإدمان، والتعرف على اتجاهاتهم تجـاه المدمنين بصفة عامة، فقد لاحظت مثلاً – من خلال الخبـرة – أن بعض أعضاء الفريق العلاجي ينظر إلى المدمن (على

الإجمال) بأنه سيكوباتي antrocial ولذا يجـب أن يعامـل بعنف، أو لا يكون مؤمنًا ،على الإطلاق، بـل وكـان أحـد أعضاء الفريق العلاجي يسخر من المدمن (النقـه) الـذي كتب له الفريق العلاجي خروجا من المستشفى أنـه سـيراه قريبا جدا منوما في المستشفى.

محاور التأهيل النفسي لمدمني المخدرات:

بعد خطوة التقييم تأتي الخطوة الثانية وهـي: التشـخيص Diagnosis حيث يتوصل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى تحديد مشاكل المريض والتي نتجـت أو رافقـت أو كانـت السبب في إدمان المدمن، وما لم يتم التعامل – من الأساس – مع هذه المشاكل – فسوف تستمر الانتكاسات، بل إن الركيزة الأساسية لاختيار نوع المادة المخدرة هي العوامل الشخصية المرضية لدى المدمن (انظر: Erich , Goad , 1999 , pp: 349 – 380، ميخائيل جوسوب، ٢٠٠٠، ٤٢١ – ٤٤٢).

ويقدم لنا مونرو ١٩٩٢ ستة عناصر أساسـية يـتم فـي ضوئها النظر إلى المشكلة وكيفية التعامل معها – خاصة تلك المشاكل المترابطة مع الإدمان. وهي: -

١ – احتمال أن تتواجد عناصر المخاطرة للإدمان بدرجة كبيرة سواء في الاضطرابات النفسـية المصـاحبة للإدمان، سواء أكانت هذه المشاكل تصف وتشخص، في المحور الأول أو الثاني الخـاص باضـطرابات الشخصية، ووفقًا للتشخيص الأمريكـي الإحصـائي بتعديلاته الثالث الرابـع. (DSM III R , 1987 , DSM IV , 1994).

٢ – أن تقدم برامج علاجية وتأهيلية مناسـبة للمـدمنين الذين يعانون مـن اضـطرابات نفسـية مصـاحبة لإدمانهم.

٣ – أن تفسر الاضطرابات النفسية كنتيجة للإدمان.

٤ – حدوث بعض الاضطرابات النفسية أثناء التعامل مع الأعراض الانسحابية With drawal symptoms.

٥ – تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمـان فـي وقت واحد وأن يستمر ذلك ومعا لفترة طويلة.

٦ – تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمـان معـا لدى الأشـخاص ودون وجـود أي علاقـة بيـنهم. (Monro , A , 1992 , pp: 232 – 240)

وعموما فإن العديد من المدمنين قد يعانون من المشكلات الآتية: -

- القلق الشديد.
- الاكتئاب.
- نقص المهارات الاجتماعية.
- عدم القدرة على حل المشكلات.
- نقص في توكيد الذات.
- الاعتمادية والسلبية.
- المخاوف الاجتماعية.
- العجز عن اتخاذ القرارات.
- عدم القدرة على تحمل المسئولية.
- عدم القدرة على التعبير عن الغضب.
- الإحساس بالدونية.

وغيرها من المشاكل والتي قد نجد واحدا من هذه المشاكل – أو غيرها – أو أكثر من مشكلة يعـاني منهـا المـريض المدمن، وبما أن دوافع الإدمان تكون متعددة ومختلفـة إذن

لابد من الأخذ في الاعتبار تعدد الأسباب النفسية والاجتماعية الدافعة إلى التعاطي.

وبعد تحديد مشاكل المريض نبدأ بوضع مجموعـة مـن الأهداف والخطط لكيفية التعامل مع مشاكله عن طريق تقسيم التعامل مع كل مشكلة إلى: -

أولاً: أهداف بعيدة المدى: وتكون كالآتي: -

- الاعتراف بأنه مدمن وشروعه فـي المشـاركة فـي برنامج خاص بالتعافي.
- التوصل إلى تعافٍ مستمر والبعد عن استعمال كافـة أنواع المواد المخدرة التي تؤثر على الانفعال.
- التوصل إلى الامتناع التام والاستمرار فيه مع زيـادة معلوماته عن طبيعة المرض وطبيعة أن يحافظ علـى أسلوب حياته بلا مخدرات.
- تحسين نوعية حياة المدمن بالمحافظة على التعافي.

ثانيا: الأهداف متوسطة المدى:

- التعرف على الآثار السلبية للتعاطي والتي أثرت على حياته.

- أن يوضح له المعالج الآثار الإيجابية للإقلاع والتعافي.

ثالثًا: الأهداف قريبة المدى:

- اكتب له خطة للتعامل مع المشكلة.
- حدد وجهة نظر المدمن/ المريض/ في المشكلة.
- حدد العوامل التي تساعد على الانتكاسة.
- اشرح للمريض التغيرات الأساسية التي يحتـاج إلـى إدخالها على حياته.
- حدد نوع ومصادر دعم الامتناع المتوفرة في الوقـت الحاضر.

(آرثر. ى. جونجسما، له مارك بيترسون، ١٩٩٧، ٢٩ – ٣١)

وقد قدم الباحث نموذجا لكيفية التعامل مع حالـة إدمانيـة كانت تعاني من المشاكل الآتية:

- الاعتماد على المخدر كنمط للحياة.
- الخجل.
- عدم توكيد الذات.
- الاكتئاب ومشاعر الذنب.
- اضطرابات جنسية أخذت شكلين منحرفين هما: -

- جنسية مثلية سلبية.
- تعلق جنسي بالمحارم.

- القلق والتوتر المرتبط بالمواقف الاجتماعية (الفوبيـا الاجتماعية).

(محمد حسن غانم، ٢٠٠١، ٢٩٣)

وبعد خطوة تحديد المشاكل نبدأ فـي وضـع البرنـامج العلاجي والذي يجب أن يتناسب مع طبيعة وحجم المشـكلة وطبيعة التدريب الذي تلقاه الأخصائي النفسي الإكلينيكي في هذا الصدد.

فعلى سبيل المثال تم التعامل مع مشاكل المريض السابقة (الإشارة إليها) من خلال استخدام العديـد مـن الفنيـات العلاجية مثل:

العلاج النفسي التـدعيمي/ العـلاج النفسـي السـلوكي (أسلوب الاسترخاء العضلي/ أسلوب توكيد الذات)/ العلاج العقلاني/ الانفعالي، مع الأخذ في الاعتبار أن هذا البرنـامج العلاجي قد استمر ما يزيـد علـى أربعـة أشـهر/ داخـل المستشفى/ وثلاثة أشهر متابعة من خارج المستشـفى مـن

خلال وحدة الرعاية اللاحقة OPD/ (محمد حسـن غـانم، ٢٠٠١، ٢٧٨ – ٣٠٦).

وإذا كان المدمن – فعلاً – يعاني من مشكلة القلق فيجـب تدريبه على كيفية التعامل مع القلق، وإن تكون الفنيات تلـك وسيلة من الوسائل التي يلجأ إليها في أسلوب حياته العاديـة ومن خلال تصميم برنامج معين.

وإذا كانت المشكلة تتمثل في عدم القدرة على حـل مـا يواجهه من مشكلات أو اتخاذ القـرار (ذلـك لأن سـتونر وونكلر – على سبيل المثال) يريان أن حل المشاكل واتخاذ القرار عمليتان متلازمتان وتسيران وفق نموذج يتواصل عبر أربع مراحل هي: -

- تحديد المشكلة.
- وضع أكبر قدر من بدائل الحلول (لأنه لا يوجد حـل واحد ونهائي ومتفق عليه لأي مشكلة).
- التقويم أو المفاضلة بين البدائل واختيار الأفضل.
- الشروع في تنفيذ البديل المختار ومتابعة تنفيذه.

(Stoner & Wankler , 1986 , Botvin , 1998 , Kim , et al ., 1998)

خطوات إعداد البرنامج التأهيلي لمدمني المخدرات:

إن أي برنامج تأهيلي لابد أن يشـتمل علـى الخطـوات الآتية:

١ – المعلومات الأساسية اللازمة لإعداد البرنامج:

لابد أن تتوافر لدى القائم بتصميم البرنامج " مجموعة من المعارف والمعلومات والبيانات " وفي حالتنا تلك يجـب أن تتوافر المعلومات الآتية عن:

- نوع المخدر أو المادة النفسية الأكثر انتشارا.
- الأنماط السائدة للتعاطي في المجتمع.
- التكرار (كم مرة في وحـدة زمنيـة معينـة ولـتكن الأسبوع مثلاً).
- المدة (عدد الشهور أو السنوات منذ بدء التعاطي حتى الآن).
- دوافع العلاج. وهل تم الإجبار أم بالاختيار؟
- الأسباب التي تؤدي إلى الانتكـاس عقـب المـرور بتجربة العلاج.

- تحديد الجمهور (أو العينة) المستهدفة من وراء هـذا البرنامج.
- الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها.

٢ – الخلفية النظرية/ وفرص التدريب اللازمـة للقـائمين على برامج التأهيل:

لابد من توافر خلفية نظرية أساسـية للأشـخاص الـذين يعملون في مجال التأهيـل النفسـي/ الاجتمـاعي لمـدمني المخدرات مثل: -

- دراساتهم الأكاديمية.
- فرص التدريب التي أتيحت لهم.
- اتجاهاتهم نحو الإدمان والمدمنين.
- توافر درجة لا بأس بها من السواء لديهم.
- درجة دافعيتهم للعمل في برامج التأهيل.

٣ – إعداد البرنامج:

ويشتمل هذا الجانب من تصميم البرنامج على ضـرورة الأخذ في الاعتبار الآتي: -

أ – هدف البرنامج ومحتواه: وفي حالتنا هذه يكون تأهيل المدمن (النقه) والمحافظة على اسـتمرار تعافيـه ومنـع الانتكاسة أو أي علاقات قد تقود إليها.

ب – بنية البرنامج: مثل: -

- مدة البرنامج.
- عدد الجلسات.
- طبيعة الفنيات أو العلاجات التي ستستخدم (ليس مـن حيث درجة إجادتها ولكن من زاوية أخرى هامة هـي مدى مناسبتها لحالة المدمن (النقه) وتجاوبه معها).
- محتوى كل جلسة.
- زمن كل جلسة.
- المكان الذي سيتم فيه التأهيل هل: -

أ – داخل المستشفى.

ب – أم من خلال تردده على وحدة الرعاية اللاحقة.

٤ – إجراءات تنفيذ البرنامج:

- تحديد محتوى كل جلسة بالتفصيل.
- وضع تصور لكيفية التنفيذ.

- التكنيك أو الفنية التي ستطبق كل جلسة.

٥ – تقويم البرنامج: من خلال: -

أ – القياس **القبلي** للمتغير التابع (اللهفة علـى الإدمـان مثلاً Carving أو سلوكيات معينـة كانـت تضـر بالشخص وتجعله يستمر في الإدمان (قلق/ اكتئاب/ عدم توكيد الذات/ خجل/ مخاوف/ عدم القدرة علـى حل المشاكل واتخاذ القرارات ... الخ).

ب – القياس **البعدي** للمتغير التابع، ومقارنة نتائج القياس القبلي بالبعدي، ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات (أو الاستمرار) في البرنامج.

٦ – النتائج النهائية:

حيث سيتم تحليل نتائج التقويم النهائي للبرنامج، وسـوف يكون أمامنا محوران: -

الأول: نتائج إيجابية: حيث إن الأفراد ظلوا مثلاً محافظين على استمرار تعافيهم، وإن هذا التعـافي (أو التغيـر فـي السلوك) وقد انتقل إلى مجالات أخرى من شبكة العلاقـات الاجتماعية.

الثاني: نتائج سلبية: مثل حـدوث (سـقطة) Lapes أو انتكاسة Relapes وقد تجعلنا مثل هذه النتائج نعيد النظر في محتوى البرنامج بما يتناسب مع العديد من الجوانـب التـي تكون قد أغفلتها عند التصميم الأول للبرنامج.

الفصل الثامن

العلاج النفسي الجمعي بالموسيقى

الفصل الثامن

العلاج النفسي الجمعي بالموسيقى

مقدمة:

إن الإنسان كان وما زال (وسـيظل) يحـب الجمـال ويعرفه منذ قديم الأزل فهو يغني ويـرقص وينحـت فـي الصخر ويرسم في الكهوف ويزخرف، كما توجد متعة سرد القصص، فالحياة بدون جمال وفن تكون مملـة. وإذا حللنـا الدافع للتخيل نجده أساسا سلوكا شخصيا للتمدين، فالفرد مثلا يرسل ملابسه للمكوجي؛ ويحلق ذقنه ويحيك ملابسـه علـى أحدث الطراز، والسيدة تبحث عن البودرة؛ وأحمر الشـفاه؛ كما أننا نبحث عن الجمال حينما نقرر لون جدران المسـكن وتناسبه مع الأثاث. فالجمال ظاهرة أصيلة وإذا انتظم الجمال في أي إنتاج كان فنًا (أحمد شفيق زاهر وآخرون، ١٩٥٠، ط ١٠)

ولو تتبعنا الأمر قليلاً فسوف نجد أنه " في بداية الخليقـة حينما شعر الإنسان أنه بحاجة إلى مأوى يحميه من أخطـار الطبيعة ومن الحيوانات؛ اتجه إلى بناء الأكواخ ثم الكهـوف وبداية رسم على جدران تلك الكهـوف، وتلـك الرسـومات

اتسمت بالبساطة وإظهار الحركة؛ وحاول الإنسان أيضا عمل تماثيل صغيرة من الطين تشبه الدمى، ثم بدأ يصـنع لنفسـه آلات الصيد والقنص وآنية الطعام؛ ثم بدأ يفكر في زخرفتها؛ ومع دخول الأديان تأثرت الميول والمشاعر ممـا أدى إلـى تأثيره في فنون العمارة والنحت والتصوير والزخرفة، وهذا أدى إلى الاختلاف بين البيئات وطرق المعيشة مما أدى إلى تعدد الأنماط وتشعب الفنون (المرجع السـابع ص. ص ١٥ – ٣٠).

وتتعدد أغراض استخدام الفن ويمكن حصرها في: -

- بحوث تناولت دراسة سلوك الإنسان المنتج للفن.
- بحوث تناولت موضوع العملية الابتكارية.
- بحوث تناولت المناخ الابتكاري.
- بحوث تناولت ممارسة الفن من زاوية غير الابتكار.
- بحوث تناولت الفن كوسيلة لا غاية جمالية.
- بحوث استخدمت الفن كوسيلة للقياس.
- بحوث استخدمت الفن كوسيلة ثقافية أو اجتماعية.

- بحوث تناولت الفن كوسيلة تشخيصية أو نفسيه أو علاجية.

(عبلة حنفي؛ ١٩٨٦؛ ٣٣٩ – ٣٥١)

وسوف نقتصر في حديثنا على العلاج النفسي الجمعي بالفن. والعلاج بالفن وسيلة غير لفظية للتواصل والتفاهم في عملية العلاج النفسي فقد يحدث العلاج أثناء أداء العمل الفني نفسه، والفن عموما كوسيلة علاجية تمتد فائدته للعديد من المرضى كالمصابين بأمراض عضوية وكبار السن، ويدخل في برامج التأهيل والمصحات الخاصة بالتخلف العقلي والإدمان، وغيرها من مجالات الاضطرابات، كما تتعدد مجالات الفن ما بين العلاج بالموسيقى والغناء؛ والعلاج بالرسم؛ والعلاج بالنحت واستخدام أدوات متعددة فنيا وصولاً إلى أعماق الشخصية المضطربة حيث تساعد عملية (تحليل مضمون) المنتج الإبداعي في عملية التشخيص أولاً ثم العلاج ثانيا ثم التأهيل ثالثًا.

ويجب الإشارة إلى أنه قد يحدث تداخل بين فكرة العلاج بالفن مع العلاج بالعمل وذلك للتشابه بينهما في بعض المحاور، فالمريض النفسي يستطيع التعبير عن ما يحبسه في

صدره من تعبيرات مختلفة بواسطة العمل، خاصة إذا كان لا يستطيع التعبير عنها بواسطة اللفظ ويستطيع بتلك الطريقـة استخلاص الديناميات المختلفة للسلوك (المشكل) والعـلاج بالعمل يشتمل على: الرسم – التصوير الزيتي – الخـزف – النحت – النسيج – السجاد – طباعة المنسوجات – أشـغال الإبرة – التريكو – آلة كاتبة (حاسب آلـي) خيـزران – نجارة ... ... الخ. ويكون هدفها تشخيصيا وعلاجيا في آن واحد؛ ففيها يعبر المريض عـن ذاتـه ويـتخلص مـن الشحنات المكبوتة في صدره ورموز وتعبيرات مختلفة سواء في الرسم أو في أي وسيلة من وسائل الفن (أحمد عـامر، ١٩٧٢).

والاهتمام بالفن له تاريخ طويل مـع الإنسـان، وسـوف نقتصر فقط على ذكر بعض الرواد الذين انضموا إلى العلاج النفسي بالموسيقى ومنهم: فسيليس؛ هارت ابير؛ سيمور؛ فان دى وال والذين قاموا بإصـدار كتـاب بعنـوان: اسـتخدام الموسيقى في السجون والمصحات العقليـة إبـان الحـرب العالمية الثانية، ظهر دور الموسيقى في العمل علـى رفـع الروح المعنوية لدى جرحى الحرب وغيرهم من الأشـخاص

الذين سقطوا تحت سنابك الضغوط GAVDNES , 1.74)
.P: 502)

وفي عام ١٩٤٠ أوضـحت مرجريـت فيرمبـرج فـي الولايات المتحدة دور الموسيقى في العلاج والنتائج الإيجابية التي ترتبت على ذلك في إحدى دور العلاج النفسي، ويعـد أيضا إيدث كرامر من أبرز الذين أبرزوا دور الموسيقى في علاج الاضطرابات النفسية لدى الأطفال كما يعد (أدريـان هيل) ١٩٤٢ من أبرز العاملين في هـذا المجـال؛ وهـو بالمناسبة فنان إنجليزي عمل كمعالج فـي مصـحة لعـلاج مرضى الدرن؛ وهو أول من استخدم العلاج بالفن ... ولقـد ساهمت كل الجهود السابق ذكرها وغيرها في إنشاء الرابطة الأوروبية للعلاج بالفن عام ١٩٦٩ بل صدرت مجلة خاصة بها تسمى: المجلة الأوروبية للعـلاج بـالفن والتـي تنشـر الدراسات والبحوث الجادة في هذا المجال الجد حيوي والهام.
(GARDNES , 1979 , 502)

فائدة العلاج بالفن:

- الفن (بمختلف صوره وأشكاله) له دور كبيـر فـي تحرير النفس من الصراعات الداخلية والتوترات.

- يساعد الشخص على الدخول في عالم من الاسـترخاء والهدوء.
- يساعد الشخص على تأكيد الذات وتقبلها.
- يساعد الشخص على إبراز قدرته التنافسية في التفوق.
- يساعد الشخص الذي ينتج فنا من خلال تواجـده مـع الآخرين على التخاص من: فوبيا التواجد مع الآخرين وعلاج الخجل.
- يساعد الفن (الشخص المريض أو المعـالج) علـى أبراز الأفكار والصراعات الداخلية للشخص ولا شـك أن هذا – يساعد على التشخيص؛ والتشخيص هو أولى الخطوات في العلاج النفسي الحق.
- الفن يساعد الشخص على التنفيس الجيد عن نفسه.
- الفن يساعد الشخص على العودة مـرة أخـرى إلـى الاتزان النفسي.

(محمود بسيوني، ٢٠٠٢، ٢٠ – ٤٥)
(HAVLENETAL ., 1990 , 103 – 151)

وسوف يقتصر حديثنا على نوعين من العلاج بالفن هما: العلاج بالموسيقى، والعلاج بالرسم.

أولاً: العلاج النفسي بالموسيقى *MUSIC THERAPY*

أدى الاهتمام بالموسيقى إلى إصدار العديد من المجـلات العلمية الدورية المتخصصة في مجال العـلاج بالموسـيقى حيث تنشر هذه المجالات الأبحاث الجادة التي توضـح أثـر الموسيقى في علاج اضطراب نفسي ما ومن هذه المجلات:

- JOURNAL OF MUSIC THERAPY
- THERAPY MUSIC
- MUSIC THERAPY PERSPECTIVE

تعريف العلاج بالموسيقى: هو استخدام الموسـيقى فـي علاج المريض بهدف علاجه وصولاً إلـى التغلـب علـى الاضطرابات وعلاج الأمراض النفسية والوصول إلى حالـة التوافق والصحة النفسية (حامد زهران، ١٩٩٧، ٣٨٧).

ويمكن استخدام العلاج بالموسيقى فرديا (فرد مضطرب – معالج) ويمكن أن يستخدم العـلاج بالموسـيقى جماعيـا (معالج + مجموعة من الأشخاص المضطربين) حيث يأخذ العلاج هنا شكل عزف جماعي أو غناء جماعي أو هما معـا (فريق أو كورس أو كورال) وهـذا يشـجع المشـاركين المشتركين المتقاربين في مشكلاتهم واضـطراباتهم وينشـط حياتهم العقلية والانفعالية، ويصـاحب العـلاج بالموسـيقى

أنشطة عملية جماعية وانحرافات اجتماعية؛ وتستخدم الإثابة والتشجيع كأحد العوامل الدافعة للمشـاركة مـع الآخـرين، إضافة إلى أن الموسيقى تساعد على عملية التنفس الانفعالي وكذا الانتباه؛ والتآزر الحسي – الحركي، التمثيل ، وهكـذا تتعدد الفنيات والفوائد التي يمكن أن تعود علـى الشـخص المضطرب من خلال المشاركة في العلاج بالموسيقى (حامد زهران ١٩٩٧، ٤٠٠).

أسس العلاج بالموسيقى:

الإنسان حين يسمع قطعة موسيقى فإنها تستثير فيه العديد من أوجه الاستجابات، لأن الاستماع إلى الموسـيقى يحـدث انفعالات نتيجة استجابات مختلفة مبنية على أسـاس إرسـال الإشارات العصبية للمخ فتنعكس علـى أثرهـا الاسـتجابة بطريقة معينة، لأن الموسيقى تنبع من أحاسيس لا تنتمي إلى حياتنا اليومية (كما يقول هانزليك) وما تتخللها من أحداث، ... إنها تخلق حالة وجدانية، حالة فريـدة مـن الشـعور أو المزاج تجعل وعينا الإنساني يبتعد عن كل ما يحدق بعالمنـا من مشاكل ومتاعب يومية أو اجتماعية وقد تتابعت الدراسات والبحوث لتحديد أنواع الاستجابات الموسيقية في:

أولاً: الاستجابة الفسيولوجية للموسيقى: حيث تقسم إلى:

أ – استجابة لا إرادية مثل: تغيرات ضـربات القلـب أو النبض وهذه يصعب التحكم فيها.

ب – استجابة شبه إرادية مثل: الخبط بالأرجل بطريقة لا إرادية مثل سماع الموسيقى على أنه مـن الممكـن التحكم في مثل هذه (الحركات).

ج – استجابة لا إرادية: مثل الحركات الإيقاعية المقصودة بمصاحبة الموسيقى وتستند هذه الاستجابة إلى حركة العضلات، وتعرف بالنظرية الحركية والتي تعتمـد على وجود جهاز عضلي معقد يمكننا مـن اسـتقبال الإيقاعات المعقدة والاستجابة بواسطة التدريب.

ثانيا الاستجابة الانفعالية للموسيقى:

ولعل هذه الاكتشافات تعد من الأشياء القديمـة إذ ذكـر الفلاسفة اليونان ما للموسيقى من آثار فعالة في تربية النفس وتهذيب الطباع.

ثالثًا: الاستجابة المزاجية أو العاطفية للموسيقى:

إذ تؤدي الخبرات التراكمية المتتاليـة والمسـتمدة مـن الموسيقى إلى تكوين ما يمكن وصفه بالمزاج الثابت بدلاً من

المشاعر والأحاسيس المؤقتة وصولاً بالشخص إلى ما يمكن تسميته (المزاج الثابت).

رابعا: الاستجابة الخيالية للموسيقى:

ويظهر ذلك في قدرة الموسيقى على إثارة خيال المستمع خصوصا إذا كان يصاحبها غناء صوتي يفسر معانيها.

خامسا: الاستجابة العقلية المعرفية للموسيقى:

حيث تلعب المعرفة والثقافة الموسيقية دورا في تحريـك هذا النوع من الاستجابة إذ يبرز هنا دور العقل فـي (فهـم وتحليل وتفسير) جماليات القطعة الموسيقية مثلما يقوم بذلك الموسيقار: عمار الشريعي في برنامج: غواص فـي بحـر النغم.

سادسا – الاستجابة الجمالية للموسيقى:

ويظهر الجمال كعنصر متآلف من عدة عناصر: خيال مع ثقافة مع عقل فاهم للموسيقى مع إحسـاس ... أي أن هـذه الخطوة هي (جماع) للخطوة السابقة إلا أن الشيء الذي لا يجب أن يغيب عن المعالجين النفسـيين بالموسـيقى وكـذا المرضى المضطربين أنه رغم استماعنا إلى (نغمة موسيقية

واحدة) إلا أن الاستجابات تختلف من شخص إلى آخر بـل في الشخص الواحد من فترة زمنية إلى أخرى وهذا يـؤدي إلى إبراز حقيقة: الفروق الفردية (راجع كتابنا في الفـروق الفردية ٢٠٠٠) وأمكن حصر هذه العوامل التي تقود إلـى اختلاف التأثير والاستجابة إلى الموسيقى في: -

أولاً: عوامل خاصة بالموسيقى: مثـل: المقـام؛ سـرعة الزمن؛ شدة الصوت من حيث القوة واللين؛ الإيقاع؛ التوقـع والمفاجأة؛ عدد الآلات ونوعياتها؛ مقدار الموسيقى؛ التكرار؛ الدرجة الصوتية ... الخ.

ثانيا: العوامل الشخصية مثل: الذكاء؛ الوراثـة؛ السـن؛ الحالة الصـحية؛ الظـروف الغذائيـة؛ الثقافـة؛ المسـتوى الاقتصادي/ الاجتماعي؛ الظـروف الجغرافيـة/ المـوطن؛ الجنس أو النوع ... الخ

ثالثًا: العوامل البيئية مثل: التهويـة؛ درجـة الحـرارة، الألوان؛ الأضواء؛ الهدوء؛ الضوضاء ... الخ

فنيات العلاج بالموسيقى: للموسيقى صفات متعددة يمكـن حصرها في:

١ – موسيقى مثيرة من خصائصها:

- تتكون من السلم الكبير.
- قوية وكلما زادت قوتها زاد إزعاجها.
- عالية الطبقة PITCH.
- متقطعة وغير منتظمة.
- خالية من الرتابة.
- تموجاتها سريعة.
- تتميز بتنوع الآلات والأصوات.
- بها مفاجآت.
- إيقاعها واضح وقوي
- تعطي قوة وثقلا عند سماعها.

ب – موسيقى هادئة: وتتميز بالتالي:

- تتكون من السلم الصغير.
- لينـة وهادئـة ـ أي أصـواتها مـن الطبيعـة ـ ورومانسية.
- متوسطة أو منخفضة الطبقة pictch.
- غير متقطعة.

- صادرة من منبع ثابت ومحدد.
- يغلب على لحنها التكرار.
- تموجاتها بطيئة.
- يعزفها في الغالب آلة واحدة وليس أكثر.
- زمنها بطيء.
- إيقاعها محدد وهادئ.

ج – موسيقى (استرخاء أو منومة) وتتميز: -

- منخفضة وهادئة.
- تتميز بالرتابة والانتظام وخالية من المفاجآت والتنويع.
- كثيرة التكرار إلى حد يبعث على الشعور بقلة الحماس إلى درجة الملل.
- زمنها بطيء.
- هادئة النبرة.
- إيقاعها غير محدد؛ منتظمة، رتيبة، هزازة ولا يوجـد فيها أدنى تنوع في الإيقاع الأساسي.

أساليب العلاج: تتعدد أساليب العلاج بالموسيقى، وسوف نورد عددا من الأساليب التي تستخدم فـي مجـال العـلاج بالموسيقى سواء فرديا أو جماعيا.

الأسلوب الأول: وهنا يطلب المعالج مـن المـريض أن يختار نوع الموسيقى التي يفضلها – يترك له حرية الاختيار من مكتبة موسيقية متعددة، ثم يقوم مع المريض (بتحليـل) المقطوعة الموسيقية ... ما الذي يعجبه وما الذي لا يعجبـه وعلاقة ذلك بالحالة النفسية للشخص؛ وفي هذه المرحلة مـن الأفضل عدم توجيه أسئلة بطريقة مباشرة.

الأسلوب الثاني: ويسير وفق ثلاث خطوات :

الخطوة الأولى: - أن يقوم المعالج بعزف قطعة موسيقية تتفق مع حالة أو مشكلة المريض إذا لم يجـد فـي مكتبتـه الموسيقية ما يتناسب وحالة مريضه فإنه يقوم بارتجال قطعة موسيقية، وينصح المريض بأنه أثناء الاستماع إلى الموسيقى لابد أن (يسرح) بتفكيره فـي المشـاكل والعقبـات التـي اعترضت طريق حياته.

الخطوة الثانية: - يستمع المريض إلى قطعـة موسـيقية هادئة وأن تكون الإضاءة هادئة أو أن يسترخي قدر الإمكان،

وننصح المريض أن يستغرق في التفكير في كل ما هو جميل ويعتز به في حياته (عكس الحال في الخطوة الأولى)

الخطوة الثالثة: - وتكون القطعة الموسيقية التي تعـزف توقظ المريض من حالة الاسترخاء، وأن تكـون الإضـاءة قوية، وأن تشعره بالانتصار وتبعث الشعور بالقوة، والخطوة السابقة قد تمتد من ٤ – ٨ جلسات وفي النهاية يصل المعالج بالموسيقى إلى الهدف المنشود من حيث: تشخيص مشـاكل المريض والعمل على علاجها.

الأسلوب الثالث: يتم عزف قطعـة موسـيقية – وأثنـاء العزف يتم تسجيل (التمايلات) الجسدية التي انفعلت تلقائيا من جراء الاستماع إلى الموسيقى وذلك لأن أي شخص حين يستمع إلى الموسيقى أو الغناء فلا بد أن يعيش في حالة مـن الوجد؛ وأن لغة الجسد تبدأ – دون أن تفصح – في التعبيـر عن نفسها ومن هنا يسهل على المعـالج وضـع البرنـامج العلاجـــي وفقًـــا إلـــى طبيعـــة اســـتجابات الحاليـــة (cvitchleydhenson , 1977 , p. 202 – 207)

الأسلوب الرابع: يستفيد هذا الأسلوب من الإيقاع الحركي وما يحققه هذا الإيقاع من تعبير عن المشاعر الداخلية الكامنة في أعماق الإنسان، وصولاً إلى تخليصـه مـن الضـغوط

النفسية الداخلية، وإن هذه الخطوة تبدأ بعزف قطعة موسيقية صاخبة تعمل على تحريك جميع أعضاء الجسد، ثـم تركـز الموسيقى على إثارة حركات معينة في الجسم تتناغم وتتآلف مع العزف.

الأسلوب الخامس: وهو يتناسب مع المثقفين والموسيقيين والفئات الراقية الفكر والثقافة، حيث يطلب من الشـخص أن يقوم بارتجال قطعة موسيقية تعبر عن مشاعره، وتحقيق هذا المطلب يحقق للمريض أمرين:

الأول: تنمية قدرة الشخص على التذوق وبهـذا يحـدث التوازن النفسي (التفريغ والهدم للعناصر السـيئة، والبنـاء للجوانب الإيجابية).

الأسلوب السادس: يتميز بدمج عناصر أخـرى بجـوار الموسيقى مثل: الاستعانة بالتدليك؛ الألوان مع الموسيقى؛ أو عزف موسيقى ذات إيقاع بطيء لمدة ١٥ إلـى ٢٠ دقيقـة، ومع سماع الموسيقى يقوم المدلك بتـدليك سـطحي خفيـف للأيدي والرقبة من الخلف؛ ثم تتواصل الموسـيقى بالإيقـاع السريع.

الأسلوب السابع: يعتمد على الاسترخاء العضلي والنفسي كمقدمة ضرورية ويسير هذا الأسلوب وفقًا إلى الآتي:

- يتركز الاهتمام حول توفير الوضع المريح لجلوس أو استرخاء الشخص المريض.
- أثناء سماع الموسيقى كل مريض يوجه ذهنه إلى اليـد اليمنى ثم اليسرى ثم يركز على القدم اليسرى فاليمنى ثم يركز على الجسم ككل.
- كل ما سبق يصل بالشخص إلى انبعـاث (حـرارة) على هيئة أمواج تتخلل الجسم وهنـا يتحقـق للفـرد الهدوء والتخلص من التوتر (نبيلـة يوسـف ١٩٩٩، ٩١ – ٩٨).

مجالات استخدام العلاج بالموسيقى: أصـبحت الآن فـي الكثير من المؤسسات النفسية والعلاجية تستخدم الموسـيقى وليس هذا فحسب بل يمكن أيضا استخدام الموسيقى في علاج العديد من الاضطرابات العضوية مثل: -

- القصور الحركي.
- الضعف العضلي.
- علاج الأسنان.

- علاج الأرق.
- ضعف الكلام (نبيلة يوسف ١٩٩٩؛ ١٢٧ – ١٣٧)

أما عن المشكلات النفسية فتستخدم في: -

- حالات المشـكلات مثـل الاضـطرابات العاطفيـة؛ اضطرابات النوم.
- حالات العصاب: القلق المخاوف، الاكتئاب؛ الهستريا؛ توهم المرض؛ عصاب السجن.
- حالات الذهان: مثل الفصام والهوس.
- حالات المرض النفسي الجسـمي مثـل اضـطرابات الجهاز الدوري والتنفسـي وجهـاز الغـدد (حامـد زهران) ١٩٨٧ (٢٠٠٤).

دراسات سابقة في مجال العلاج بالموسيقى:

وأخيرا يجب الإشارة في هذا العدد إلى الدراسة الرائعـة التي قامت بها: فاطمة حسين المصري عن الزار وكيـف أن الزار وموسيقاه يخفف كثيرا من حالات الضـغوط النفسـية والانفعالية، إضافة إلى أن الحركات الإيقاعيـة السـليمة أو البطيئة لموسيقى الزار تقود إلى التفريغ الانفعالي للشـحنات

المكبوتة داخل النفس ويتحرر الشخص من هـذه الشـحنات المكبوتة؛ بالإضافة إلى نظرات الإعجاب والتواجـد وسـط الآخرين كل ذلك وغيره إنما يحقق العديد من الفوائد النفسية من الزار (الحق) (فاطمة حسين المصري ١٩٨٣). ومن الدراسات في هذا المجال دراسة يوسف عبد المنعم الجداوي عنوانها: دراسة تأثير الموسيقى على السلوك العدواني لـدى المتخلفين عقليا وقد تكون العينة من (١٥) فردا كلهم ذكور من عمر ١٠ – ٦٤ ومستوى الذكاء من ٥٨ – ٧٠؛ ومـن الأدوات السيكولوجية التي استخدمها الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي A. B. S وقـد أوضـحت النتـائج قـدرة الموسيقى في التأثير على السلوك العدواني وغير الاجتماعي (يوسف الجداوي، ١٩٩١) وإن كنا نتمنى مواصلة الأبحاث الميدانية الجادة في هذا المجال.

** ** **

الفصل التاسع

العلاج النفسي الجمعي بالرسم

الفصل التاسع

العلاج النفسي الجمعي بالفن العلاج بالرسم

مقدمة:

كانت الرسوم إلى عهد قريب تعتبر من الأمور الغامضـة المشكوك في جدواها لاختبار ولدراسة الشخصـية بصـورة علمية مضبوطة؛ إلا أنها أصبحت اليوم أداة هامة وإضـافة قيمة إلى مجموعة الأدوات الإسقاطية التـي يسـتعين بهـا الأخصائي النفسي الإكلينيكي في عملـه (لـويس مليكـة، ١٩٨٢، ٥) والعلاج النفسي بالفن يستند فـي المقـام الأول على نظرية التحليل النفسي؛ حيث اهتمـت هـذه النظريـة بالعملية الانفعالية الشعورية أو اللاشعورية؛ التي تكمن وراء السلوك باعتبارها القوى الدافعة الأساسية وراء الإبداع الفني ... ذلك لأن نظرية التحليـل تهـتم بالحتميـة ولا مجـال للعشوائية أو المصادفة في السلوك وأن الشخص يعبر عـن ذاته من خلال طرق متعددة. قد تكون (الكلام – لغة الجسد – الغناء – الموسيقى – الفن). ويؤكد فرويـد علـى هـذه الخاصية للفن في كتابه الطوطم والتابو بقوله: إن الفن هـو الميدان الوحيد في حضارتنا الحديثة الذي لا يزال يحتفظ فيه

بطابع القدرة المطلقة للفكر. ففي الفن وحده يستطيع الإنسان أن يندفع تحت وطأة رغباته اللاشعورية فينـتج مـا يشـبه الإشباع لهذه الرغبات.

(FREUD , 1938)

ورغم تأكيد فرويد على أن الشخص حين يلجأ إلى الفـن إنما يقوم بعملية إعلاء وتسامٍ لرغباته (ويعري) نفسه مـن الداخل؛ وأن ما يريد أن يقوله قد قاله بصورة واضحة وتبقى القضية أمام المعالج أو (الناقد) أن يقوم بتحليل هذا العمل، وفهم مغزاه وصولاً إلى حقيقة مشـاعره وأحاسيسـه لهـذا الشخص.

وقد اتفق يونج مع فرويد في تفسيره للدوافع اللاشـعورية التي تكمن وراء سلوك الفنـان باعتبارهـا القـوى الدافعـة الأساسية وراء الإبداع الفني، إلا أنه اختلف معه في نوعيـة هذا الشعور فبينما أرجعه فرويد إلى أحداث الطفولة يرجعـه يونج إلى عامل آخر هو اللاشـعور الجمعـي وأن (الـذي يمارس الفن) ما هو إلا أداة في يد اللاشعور الجمعي، فهـو ينتقي شخصياته من بعض النمـاذج التـي يسـتمدها مـن اللاشعور الجمعي والتي أطلق عليها " النماذج البدائية " كمـا حاول يونج - بناء على دراسة للأنماط - تحديد نمط الفنان

في ضوء فكرته من الاستنباط والانطواء، وقد وضع الفنـان في نمط أطلق عليه (الطراز الاستطيقي) لأنه يتميز بإدراك ذي صبغة وجدانية وفكرية في آن واحـد (عبلـة حنفـي) ١٩٨٦؛ ٣٢٨ – ٣٢٩).

ويرى البعض أن العلاج بالفن (خاصة الرسم) لا يكون ناجحا إلا مع الأشخاص الذين تتوافر لديهم القدرة الفنية، وأنه يكون قد سبق لهم (التدريب) بل (وممارسة) هذا النـوع من الفن إلا أن مارجريت تومبرج تعترض على هذا الكـلام مؤكدة من خلال كم من الخبرة الطويلة في هذا المجـال أن العلاج بالرسم كان ناجحا وفعالا مع الذين لم يسبق لهـم أن مارسوا الرسم من قبل؛ وكل ما في الأمر هو إعطـاء مثـل هؤلاء الأشخاص (المبتدئين) مزيدا من الثقة حتى يتمكنـوا من التعبير دون خوف عن أفكارهم ومشاعرهم وأحاسيسـهم عن طريق الرسم التلقائي، بل تؤكد نومبرج في موضع آخر أن العلاج بالفن (خاصة الرسم) يقلل من مدة العـلاج وأن أقصر الطرق (أي العلاج بالفن) إلى لاشـعور الشـخص؛ وأن الشخص حين يرسم فإنه يضيء أنـوارا كاشـفة لذاتـه

المظلمة أو يقدم دون أن يـدري صـورة بانوراميـة لكـل الأحداث.

(hammer , 1958 , 513 – 515)

ومن أشهر اختبارات الرسم: اختبـار رسـم الشـخص لماكوفر؛ ويعد من أول اختبارات الرسم الإسقاطي انتشـارا في العيادات النفسية وذلك لسهولة تطبيقه إلى جانب دلالتـه الانفعالية من خلال (افتراض وهذا حق) أن القائم بالرسـم سوف يعكس مفهوما عن ذاته وصورة جسمه فـي رسـمه للشخص، وتتعدد مميزات استخدام رسم الشخص ويعـددها عادل كمال خضر في النقاط الآتية: -

١ – يعد اختبار رسم الشخص بسيطًا وذا مهمـة سـهلة لمعظم المفحوصين من المرضى الكبار والأطفال.

٢ – إن اختبار رسم الشخص يمكـن تطبيقـه بسـرعة وسهولة، وهذا يستغرق من خمس إلى عشر دقـائق تقريبا كما أنه يتطلب أدوات قليلة.

٣ – يعد من الاختبارات التي يحرص الأخصائي النفسي أن يضمنه في بطارية الاختبارات النفسية.

٤ – يتيح الفرصـة للأخصـائي النفسـي (أو المعـالج النفسي) أن يلاحظ مدى فاعلية الشـخص فـي أداء

مهمة غير محددة نسبيا (لأنه لا يوجد نموذج يـتم نسخه أو توجد صورة تستدعي خواطره).

٥ – غالبا ما نحصل على قسط كبيـر مـن المعلومـات المتعلقة بمفهوم الذات بالقدر الذي نحصل منه أيضا على معلومات عـن نمـط الشخصـية وتوجهاتهـا ومناطق الصراع.

٦ – لا توجد قيود في استخدام تكنيك الرسـم حيـث لا يشترط عمر معين أو درجة ذكاء محددة.

٧ – إن اللجوء إلى تكنيك الرسم يكون مفيـدا إذا وقفـت مسألة اللغة كعائق كما في العديـد مـن الحـالات الإكلينيكية مثل المريض الأبكم، الخجول، المتـأخر دراسيا، ضعيف القراءة ... الخ.

٨ – كما أن الرسم يفيد أيضا مع المرضى الذين يتسمون بالمراوغة أو الحذر ... حيث يكونوا واعـين لمـا يجب أن يعبـروا بـه فـي الاختبـارات اللفظيـة (والمقابلة) لكنهم من المحتمل أن يكونوا أقل تأكدا مما تعكسه تعبيراتهم عن أنفسهم أثناء القيام بالرسم.

٩ – يعد أداة سهلة لكشف مدى التغير الذي طرأ أو يطرأ على الشخص أثناء جلسات العلاج النفسـي حيـث يمكن – مثلاً – مقارنة رسم الشخص قبـل التحاقـه بالعلاج النفسي الجمعي أو يمكـن أن نطلـب مـن الشخص أن يرسم أثناء العلاج، وبعد انتهاء العلاج.

١٠ – بعد اختيار الرسم من الاختبارات أو إن شئنا الدقة الفنيات – الممتازة لمناقشة جوانب الصراع الخاصة حيث يمكن أن نطلب منه أن يتداعى حول الرسم.

١١ – كما أن اختبارات الرسم تعتبر مقـدم الاختبـارات التنبؤية الجيدة بإصابة الشخص بـالمرض النفسـي (عادل كمال قصر ١٩٩٩؛ ٩٣ – ٩٤).

إجراءات العلاج النفسي بالرسم: ويتم ذلـك مـن خـلال ضرورة توافر الإجراءات والفنيات الآتية: -

المواد المطلوبة للرسم: مثـل ألـوان الباسـتيل؛ أقـلام فلوماستر؛ ألوان مياه؛ فرش طين صلصال؛ خزف، لوحات، أوراق رسم؛ صمغ؛ مقص؛ لوح كانافاه؛ أشـغال إبـرة ... الخ.

أدوات جمع المعلومات عن المريض وشخصيته ومشكلاته ويمكن استخدام العديد من الأدوات النفسية مثـل: المقابلـة (سواء مع المـريض أو مـع أسـرته) تطبيـق بعـض الاختبارات النفسية (ويفضل أن يتم تطبيق الاختبار مرتين: مرة قبل التحاق الشخص بالعلاج النفسي بالرسم، ومرة بعـد انتهاء العلاج حيث إن التحسن من عدمه سوف ينعكس فـي رسوم الشخص.

المكـان: حجرة أو أستديو العلاج بالفن، ويجب أن تتوافر فيه شروط :

- توافر أدوات الرسم.
- أن يكون جيد التهوية والإضاءة.
- أن يتحرك فيه الجميع والمرضى والمعالج ومسـاعدوه بحرية.

الزمان: يقوم المعالج بتحديد مدة الجلسة وتكون في الغالب من ساعة إلى ساعتين أسبوعيا وربما ثلاث ساعات (وقـد نتساءل لماذا تطول الجلسة في العلاج النفسي بالرسم إلى هذا الحد من الوقت رغم أن بعض المعالجين قد اتفقوا أن جلسـة العلاج النفسي من ٤٥ دقيقة حتى ٦٠ دقيقة ونسارع بالإجابة

بأن العلاج بالفن (عموما) يستغرق وقتًا أطول من الجلسات المعتادة حيث يكون العمل الفني مناصفة مـا بـين التعبيـر بالرسم ثم مناقشة الرسم واستدعاء خواطر ومشاعر وأفكـار الشخص حول ما قام برسمه).

(عايدة عبد الحميد ١٩٩٢ أ؛ ٣٧ – ٨٩)

خطوات العلاج بالفن (الرسم): -

حيث يسير العلاج في الخطوات الآتية:

١ – تكوين علاقة ألفة مع المريض حيث يعبر المعـالج بالفن للشخص عن مشاركته الفعلية وتشجيع التلقائية والتعبير دون حواجز.

٢ – أن يشجع المعالج المريض على الرسم، حتـى وإن تعلل المريض بعدم إجادته لمثل هذه الوسائل.

٣ – القيام بخطوات عملية في الجلسات الأولـى لإزالـة حاجز الرهبة وعدم الإقدام على خطوة الرسـم مـن خلال:

أ – التخطيطات الطليقة (الشخبطة) ومحاولة عمل تشكيل فني حتى والمريض مغمض العينـين أو

دون رفع القلم من على الورق، وهـذا يسـاعد على الاسترخاء وخفض التوتر.

ب – أن نطلب من الشخص أن يرسم أي رسم دون التقيد أو الإلزام برسم ما.

ج – قد يقدم للشخص بعض الاسكتشات والمرسـوم عليها مسبقًا بعض الخطوط التي تمثـل بدايـة رسم وعليه أن يكملها كما يريد.

د – يمكن أن نطلب من الشخص أن يرسم الآتي:

- يعبر عن مشاعره وعواطفه وانفعالاته.
- يقوم برسم ذاته كما يدركها.
- يرسم ذاته كما يدركها الآخرون.
- يرسم أفراد أسرته.
- يرسم علاقاته الاجتماعية مع الآخرين.
- يرسم صورته وصورة شخص آخر.

(عايدة عبد الحميد ١٩٩٢ (ب) ٧٧ – ٩٦)

(عبد المطلب القريطي ١٩٩٥، ٤٥ – ٥٦)

٤ – بعد أن يكتسب الشخص الثقة ويستطيع أن يتعامل مع الآخرين يمكن أن تشترك جماعة العلاج بالرسم في

الرسم على لوحة واحدة كبيرة ويترك لهـم حريـة اختيار الموضوع، وهذا يعمل على التقـارب بـين الإرضاء والتغلب على مشاعر الخجل والانطواء.

(حامد زهران ١٩٨٧، ٣٨٣)

بل يمكن فهم وتشخيص المشكلات العامة التي تعاني منها هذه الجماعة ومقدار التقارب أو التنافر بين الأعضاء، ومـن خلال خبرة الباحث في العلاج بهذا النـوع يمكـن أن نقـدم للمرضى - (كما حدث مع جماعة المدمنين) الذين كـانوا يرفضون الرسم خاصة بعد مـرورهم بعـلاج الأعـراض الانسحابية من المخدرات - رسوما تعبر عن أشكال مختلفة (شريرة – طيبة – شخص بمفرده – جماعة من الأفـراد – حيوانات أليفة – حيوانات مفترسة) ونترك الشخص يختـار أولاً من بين هذه الرسوم المختلفة الرسم الذي يريـده، ثـم نطلب منه ثانية أن يقوم بتلوين الرسم كما يريد.

٥ – بعد أن ينتهي الشخص من الرسم وحتى بعد الانتهاء من تلوينه أن تقوم بتفسير وقراءة الرسم وهناك ثلاث طرق لذلك:

الطريقة الأولى: تحليل عناصر الرسم (مثلما هو الحـال فيما قدمه (باك) من خلال تحليل الرسم: المنزل والشـجر والشخص من حيث التأكيد على كميـة التفاصـيل ومـدى ملاءمة هذه التفاصيل؛ وللدلالة الخاصة والتفاصيل (سـواء للمنزل أو للشجر أو للشخص وكذا التأكيد سواء إيجابيـا أو سلبيا من خلال إبراز تفاصيل أساسية وإخفاء تفاصيل أساسية وكذا التسلسل والنسب والمنظور ... ... الخ (لويس مليكة، ١٩٨٢).

مع الأخذ في الاعتبار ضرورة (فهم) معنى ومغزى هذه الدلالات.

الطريقة الثانية: أن تطلب من الشخص بعد أن ينتهي مـن الرسم أن يحكي قصة عن الرسم، ثم يقوم المعـالج بتوجيـه العديد من التساؤلات والتي تهدف في نهاية الأمر (إلى فض مجهلة) هذا الرسم الذي قد يبدو للوهلة الأولى أنه بلا معنى إلا أنه يكون كامل المعنى والدلالة ثم يزيده (اكتمالاً) مـا يقوم الشخص الذي انتهى لتوه من الرسم من إيضاحات عـن طريق التساؤلات الآتية حول الشخص الذي رسمه: -

- ماذا يفعل هذا الشخص؟

- ما عمره؟
- ما نوعه أو جنسه؟
- هل هو متزوج؟
- إذا كان متزوجا كم طفلا لديه؟ وهـل الأطفـال مـن الذكور أم من الإناث أم من الاثنين معا؟
- إذا لم يكن متزوجا فما هي الأسباب؟
- ما هي آماله؟
- هل هو ذكي؟
- هل هو صحيح الجسم؟
- هل هو جميل؟
- مع من يسكن؟
- هل يفضل أمه أم أباه؟
- هل له إخوة أو أخوات؟
- ما هو مستوى التحصيل الدراسي؟
- هل هو قوي البنية؟
- هل صحته جيدة؟

- ما هو أفضل جزء في جسمه؟ ولمـاذا هـذا الجـزء تحديدا؟
- ما هو أسوأ جزء في جسمه؟ ولماذا هذا الجزء تحديدا؟
- هل هو سعيد؟
- هل هو عصبي المزاج؟
- ما هي من وجهة نظرك مشكلاته الأساسية الآن؟
- ما هي من وجهة نظرك مخاوفه؟
- ما هي الأشياء التي تحزنه؟ ولماذا هذه الأشياء بالذات؟
- ما هي أهم ثلاث أمنيات يود تحقيقهـا؟ ولمـاذا هـذه الأمنيات تحديدا؟
- ما هي من وجهة نظرك نقاط ضعفه؟
- هل لديه أصدقاء كثيرون؟ وإذا كانت الإجابة بنعم فهل أصدقاؤه أكبر منه في السن أم يماثلونه أم يصـغرونه في السن؟
- وإذا كانت الإجابة بلا: فلماذا لا يتخذ مـن الآخـرين أصدقاء وما هي خبراته الماضية فـي هـذا المجـال (التعامل مع الأصدقاء)؟

- ماذا يقول عنه الناس؟
- هل يحب أسرته؟
- هل يحب مدرسته إن كان (طالبا)؟
- هل يحب عمله إن كان يعمل (موظفًا)؟
- ما هي الأنشطة التي يقضي فيها أمتع أوقاته هل هـو حذر؟
- هل له علاقات شاذة؟
- هل تود أن تكون مثله؟
- ما هي طموحاتك؟
- مدى رضاء أو عدم رضاء الشخص عن: دراسـته أو عمله أو حياته الأسرية؟
- تعليقات أو إضافات أخرى.

(ماكوفر؛ ١٩٨٧؛ ٤٧ – ٥٢)؛ (عادل خضر ١٩٩٩؛ ٩٦ – ٩٧)

وواضح طبعا أن هذا (الإسقاط) من خـلال اسـتجابات المفحوص عليها سواء تعمل على إضاءة الرسم وتجعله أداة جيدة في يد المعالج بالفن.

الطريقة الثالثة: الجمع بين الأمرين معا أي تحليل الرسـم وفقًا للأسس التي سبق ذكرها وتداعي الشخص حول الرسـم الذي انتهى منه، توا، وأن تكون الأسئلة في صـورة غيـر مباشرة وتحمل معنى الإسقاط.

وغني عن البيان مثلاً أن الشخص إذا انتهى مـن رسـم شخص يماثله من نفس جنسه وتقوم بعمـل اسـتدعاء مـن المريض حول رسمه، أن تطلب منـه أن يرسـم الشـخص المقابل (أي الأنثى) ثم تغير صفة الأسئلة بما يتناسب مـع نوع الاسم الذي انتهى منه وبذلك تكتمل الدائرة حـول فهـم الذات وفهم الآخر.

٦ – بعد كل ما سـبق يسـتطيع المعـالج أن يشـخص مشكلات الشخص أو الجماعة العلاجية مع الأخذ في الاعتبار أن العديد من علماء النفس قـد اسـتخدموا الرسم كأداة تشخيصية في كثير من الدراسات مثـل استخدام الرسم للمقارنة بين الرسـوم لـدى بعـض الفئات الإكلينيكية والفئات السـوية والتوصـل إلـى بعـض الملامـح والصـفات التـي تميـز فئـات المضطربين (rbles , 1957 , 223 , 225)

(malongp classes , 1982 , 183 – 90)

٧ – بعد خطوات التشخيص تأتي خطـوة العـلاج وأن رسوم المرضى تعتبر مادة فعالة للعلاج، وقد شـاع العلاج بالرسم في كثير من المستشفيات لعدة أسباب منها: أنه يزيد من إدراك المريض فـي صـراعاته النفسية – ومن قدرته عن التحدث عنها – والثـاني هو أنه يشحذ القدرة الإبداعية لدى المريض ويمنحه شعورا بالتحقيق والإنجاز.

(سسيلفانوا اربتي – ١٩٩١؛ ١٥٢)

وقد ذكرت العديد من الدراسات أهمية الرسم في العـلاج النفسي مثل دراسة: برياك ونسـت حيـث أوضـحت هـذه الدراسة فائدة الرسم كعلاج ووسـيلة فعالـة للتعبيـر عـن العدوان؛ وأن المجتمع أكثر تقبلاً للرسم عن التعبير اللفظـي لبعض المواضيع مثل الجنس والعدوان وقد وجد أن العدوان في الرسم بوسائل متعددة مثل اسـتخدام الألـوان الزاهيـة والأشكال الحادة والألوان المتصادمة كل ذلك قد أكد حقيقـة مدى فائدة استخدام الرسم والألـوان فـي العـلاج النفسـي (mussen 1975)

كذا دراسة (روي وديردين) حيث تم اسـتخدام الرسـم كعلاج نفسي مع طفل يعاني من القلق وقد أوضحت النتـائج

فائدة الرسم في تحرر الطفل من الكثير من قلقه ومخاوفه وتحسن العلاقة بينه وبين نماذج السلطة (والمعالج أحد أطرافها أو يعد ممثلا عنها).

(roypderdeyn , 1976 , 155 – 169)

كذلك دراسة كاديس kadis باستخدام رسم الشخص في العلاج النفسي لطفل كان يعاني من التخلف العقلي في السادسة من عمره وقد أدى استخدام تكنيك الرسم إلى تحسن في كلام ولغة هذا الطفل (فاروق صادق ١٩٨٢؛ ٤١٢ – ٤١٣).

ومن الدراسات العربية في هذا المجال دراسة حنان حسن نشأت والمعنونة: أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية – لعينة من مرضى التخلف العقلي – دراسة تجريبية – وتكونت عينة الدراسة من (٢٥) طفلاً ذكورا وإناثا من مدارس النصر/ مدرسة الرعاية الفكرية ومدرسة التربية الفكرية، وتراوحت أعمارهم ما بين٦: ١٥ عاما؛ ونسبة الذكاء تراوحت ما بين ٣٥: ٧٠ درجة؛ وأدوات الدراسة تشمل الآتي:

١ – الفن التشكيلي: أي استخدام الخامات (الطباعة على القماش؛ الورق اللاصق؛ العجين).

٢ – مقياس السلوك التوافقي الجزء الثاني منه.

٣ – دراسة الحالة.

٤ – الملاحظة بالمشاركة.

وقد استغرقت التجربة شهرا كاملاً وتم قياس العنف قبـل البدء في التجربة لمدى شهر ثم إعادة القياس بمجرد الانتهاء من التجربة، وقد كان من أهم النتائج حـدوث تعـديل فـي السلوك وتوجيه العدوان إلى مواقف أخرى تسمح بظهـوره ولكن بطريقة لا عدوانية (حنان حسن نشأت؛ ١٩٩٤).

٨ – إنهاء العملية العلاجية: حيث إنه بعد أن يتم التنفيس في التعبير الفني، وبعد أن يحدث إسـقاط الخبـرات السلبية والانفعالات المكبوتـة يـتم تحليـل الرسـم واستدعاء الخبرات من الشخص الذي قام بالرسم ثم خطوة التشخيص فالعلاج ... هنا نكون قد وصـلنا إلى المرحلة النهائية من العلاج وقـد نجـد بعـض المرضى يصر على أخذ رسوماته (كذكرى لمراحل العلاج) وقد يتركها ذكرى عند المعالج.

ولكن هذا لا يهم لأن الأهم هو الوصول بالشخص إلى فهم ذاته والسيطرة على صراعاته: باختصار تكون نفسه تحـت سيطرته .

مجالات العلاج النفسي بالرسم:

يستخدم الرسم في الحالات الآتية: -

- المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية.
- حالات جناح الأحداث.
- السلوك المضاد إلى المجتمع.
- حالات العصاب.
- حالات الذهان.
- حالات الإعاقـة وذوو الحاجـات الخاصـة (حامـد زهران، ١٩٨٧، ٣٨٧).
- حالات الإدمان وسوف نذكر واقعتين.

الأولى: ذكرها أحمد أبو العزايم حيث كان يـتم عـلاج وتأهيل المدمنين بواسطة الفن، إذ كان يسمح للمدمن بالتعبير عن نفسه وعن أفكاره بكل حريـة دون أي تدخل أو توجيه عن طريق الرسم سواء كان رسـما

حرا يرسم فيه ما يحلـو مـن موضـوعات أو أن يستخدم الألوان في تكوين لوحـات معـدة مسـبقًا (فراغات هندسية) حيث يسهل تحليل وتقييم عملـه فيما بعد بواسطة فريق متخصص مكون من الطبيب والأخصائي النفسي والفنـان ويسـتمر الفـرد فـي ممارسة هذا الفن من ٣ إلى ٤ شهور على الأقل وأن هذا البرنامج النفسي كان هاما في:

- فهم شخصية المدمن.
- نستطيع أن نتبين من خلال مبادئ ظهور الانتكاسة.
- تشخيص مشاكل الفرد (والجماعة) من خلال الرسم والألوان.

(أحمد أبو العزايم، ١٩٨٩، ١٥٤ – ١٥٦)

التجربة الثانية: تجربة علاج المـدمنين بواسـطة الفـن (الرسم) في مستشفى متخصص لعلاج الإدمان في إحـدى دول الخليج وقد استخدم كاتب هذه السطور العـلاج بـالفن (الرسم) مع بعض المدمنين الذين كانوا:

- يعانون من خجل.
- يعانون من مشكلة إدمان مع مشكلة أخرى.

- يعانون من القلق (المزمن).
- يعانون من الاكتئاب.
- حالات نقص الذكاء (خاصـة مـع مـدمني المـواد المتطايرة وهم غالبا من الأطفال والمراهقين).
- حالات التخلف الدراسي.
- حالات تسربت من المدرسـة دون أن تـتقن القـراءة بدرجة كافية أو الكتابة.

حيث كان يطلب من كل مدمن أن يرسم مـا يـروق لـه (رسما حرا) ثم نقوم بتحليل ما رسـم الشـخص، وكـذا استدعاءاته وبعد شهرين من مرحلة العلاج النفسـي حـدث تحسن في:

- رسم صورة الذات.
- رسم صورة الآخرين.
- الاهتمام بالتفاصيل والنسب.
- بلورة جيدة من ضرورة التعافي.
- ونجدها من النتائج التي نأمل رصدها كاملة في دراسة مستقلة.

الفصل العاشر
العلاج النفسي الجمعي باللعب

الفصل العاشر
العلاج النفسي الجمعي
العلاج باللعب

مقدمة:

هذا العلاج يختص في المقام الأول بالأطفال، وأن العلاج النفسي الجمعي قد فرض نفسه بسبب وجـود الطفـل فـي جماعات سواء أكان ذلك بالمدرسة أم بالمستشفى أم بالمصحة النفسية، إذ أن الطفل قد يتعلم من صديقه أو زميله من نفـس السن أكثر مما يتعلم من الكبار. كما أن مجموعـة الأطفـال التي تمارس اللعب مع بعضها إنما تمارس نوعا من الضغط أو التأثير لإتاحة الفرصة للطفل للتعلم عن طريـق التقليـد فضلاً عن أن الطفل غير المتوافق مع والـده أو مـع أحـد مدرسيه سوف يسقط هذا الإحساس بالاضطهاد على المعالج ويتخذ منه موقفًا سلبيا؛ وقد يستطيع المعالج هنا كسـر هـذا الحاجز عن طريق مساندة الطفل (وهو وسط مجموعة مـن زملائه) في التعبير عن رغباته العدوانية تجـاه الراشـدين الأمر الذي قد يصعب عليه في الجلسات الفرديـة، كمـا أن

عنصري التعبير والتنفيس يتيسران بفضل الجماعـة. إذ إن الطفل قد يرى طفلاً آخر يبكي أو يصـرخ أو يضـحك أو يتحرك بطريقة معينة يجد سهولة في التعبير عـن انفعالاتـه بنفس الطريقة أكثر مما لو كان في غرفة مع معالج أحدهما، كما أن العلاج الجماعي للطفل يتيح له فرصـة الاختيـار إذ يجتمع الأطفال بدون هدف محدد كأن يقوموا بألعاب رياضية أو أعمال فنية أو حتى لمجرد التعبير عن ما فـي نفوسـهم (محمد شعلان: ١٩٧٩؛ ج ٢: ١٨٧ – ١٨٨).

ويعد اللعب من الطرق الهامة فـي دراسـة وتشـخيص وعلاج مشكلات الأطفال ولذا فإن سـوزانا مـيلار millar ١٩٨٧ تطرح هذا التساؤل: لماذا نلعب؟ وهل اللعب له غاية وهدف؟ وإذا كانت الغاية تغيب عن الراشدين فهل يمكـن أن تغيب عن فطنة الأطفال؟ ثم تستعرض الدافع وراء كل ذلك، وأن لعب الأطفال – حتى وإن كان يبدو بلا معنى – إلا أنـه كامل المعنى والدلالة، وكل ما في الأمر أنـه يحتـاج إلـى (عين خبير) مدرب تعرف كيف تلتقط هذه الـدلالات؛ ثـم تستعرض نماذج من حالات العلاج قام بها سيجموند فرويـد في علاج هانز الصغير (تم العلاج عن طريق والد الطفـل

والذي كان ينقل لفرويد كافة ملاحظته على ابنـه) ويقـوم فرويد بتحليل سلوك الطفل وتوجيه الأب إلى ماذا يفعل مـع الابن ... وقد تواصلت الإجراءات العلاجيـة حتـى كللـت بالنجاح بالإضافة إلى سردها للعديد من النماذج العلاجية التي قامت على فنيات اللعب، ومن أشـهر المعـالجين للأطفـال بتكنيكيات اللعب أنا فرويد freud والتي اسـتخدمت اللعـب كأسلوب تعليمي وعلاجي مع الأطفـال (millr , 1967)، (سوزانا ميلر ١٩٨٧).

تعريف اللعب: *play*

قدمت العديد من التعريفـات للعـب إلا أننـا سنسـتخدم التعريف الذي قدمه عادل هريدي (١٩٩٧) في هذا الصدد من حيث: إن اللعب نشاط سوي مبهج، يتصف بالتلقائيـة أو الاختيارية والتنوع والتكرار، قد يحمل تناقضا ظاهريا، يعـد غاية في ذاته، بصرف النظر عـن مردوداتـه المسـتقبلية ويشتمل التعريف على مجموعة من المصطلحات كالآتي:

النشاط activity؛ إذ إن طبيعة نشاط اللعب قـد تكـون جماعية كالعب الحركي، أو انفعالية كلعب الإثارة، أو معرفية

كأحلام اليقظة أو اللعب اللفظي (وقد تشتمل الألعاب علـى كل التقسيمات السابقة دفعة واحدة).

سوي normal؛ أي ليس من قبيل أعراض الاضـطراب النفسي أو العقلي أو اضطرابات الشخصية أو الاضـطرابات السيكوسوماتية، باستثناء مواقف التشخيص والعلاج باللعب.

مبهج pleasurable وممتع إذ إنه حالة وسط مميزة بين الشعور المسترخي relaxed affect والشعور المحتد.

تلقائي spontaneous أي اختياري voluntary ولـيس ردود أفعال reflexactions أو تحت وطأة حاجة ملحـة أو تحت إكراه الآخرين.

تناقض ظاهري paradoxical، من قبيل العدوان الودود، استكشاف البديهيات أو الادعاءات واضحة التلفيق.

غاية في ذاته: إذ إن الشخص المنخرط في نشاط اللعـب يستهدف نموا معرفيا أو اجتماعيا أو مهاريا وإلا كان سلوكه هذا تدريبا وليس لعبا، وإن استهدفت تلك الغايات فإنها تـأتي في المرتبة الثانية بعد الاستمتاع بنشاط اللعب، بينما قد تمثل تلك الغايات، مكانة أساسية لدى الراشدين القائمين على أمـر اللاعب إن كان طفلاً.

(عادل هريدي ١٩٩٧؛ ١٩٩٨)

نظريات اللعب: اللعب ليس مجرد نشاط (عبثي) يقـوم به الطفل، بل هناك العديد مـن النظريـات التـي حاولـت الاجتهاد في تفسير: لماذا نلعب؟ وهل يختلف لعب الأطفـال عن لعب الراشدين؟ وهل فعلاً يوجد داخل كل منا (طفـل) يتحين الفرصة للظهور ولو إلى حين؟ وهل نتـيح الفرصـة لهذا الطفل (كراشدين) أم نظل في ممارسة الكبت عليه ؟

ومن أشهر النظريات التي حاولت سـبر أغـوار اللعـب نظرية سيجموند فرويد، إذ إن اللعب من وجهة نظره خيـر شاهد على واقعية مبدأ اللذة الـذي افترضـه فرويـد إذ إن الشخص يميل إلى تكرار السلوك الذي يجلب له اللذة ويتجنب فعل السلوك الذي يجر عليه الألم وأن أنشطة اللعـب كمـا يراها فرويد – تشبه الأحلام، وتمثل تنفسا للمشاعر وللطاقـة اللبيدية، كما إنها تهيـئ مناخًـا نموذجيـا آمنًـا لانطـلاق ميكانيزمات الدفاع الشعورية واللاشعورية، وأن اللعب ما هو إلا رمز وما على المعـالج إلا أن يقـوم (بفـك الرمـز/ الشفرة). (hardyetal , 1990 , p. 121 – 125)

وأن اللعب يحتوي على العديد من جوانب الخيال باعتباره إسقاطا للرغبات وإعادةً تمثيل الصراعات والأحداث المؤلمة للسيطرة عليها حيث إن عالم الكبار يعد غامضا وغير مفهوم لدى الطفل؛ ومن ثم يقوم بعملية هروب من الواقع محلقًا في عالم الخيال حتى (يبدع ويبتكر ويخلق) عالما من صـنعه هو يفهمه ويسيطر عليه ويفهم ألغازه ومعانيـه وقـد ربـط فرويد بين أنماط اللعب وبين مراحل النمو النفسي الجنسـي فمص الأشياء أو نفخ الفقاعات؛ البالونات سلوك لعبي شـائع إبان فترة المرحلة الفمية (حيث يمثل المص لـب التطـور النفسي في هذه المرحلة) واللعب بالمـاء والرمـل وبنـاء منازل؛ ثم محاولات التلوين إنمـا ذلـك يـرتبط بالمرحلـة الشرجية ... وهكذا نجد فرويد قد ربط بـين نـوع اللعـب وطبيعة المرحلة النفسية التي يمر بها الشخص؛ وأن الطفـل عن طريق اللعب إنما يسيطر على انفعالات، وينمي خيالـه وأفكاره، ويحاول السيطرة على مـا لا يفهـم كـل ألغـازه (سوزانا ميلر؛ ١٩٨٧؛ ٢٢ – ٣٠) وقد أدت وجهة النظر هذه إلى فهم اللعب ودلالاته ولعل ما قال به mussen من أن ما قدمه فرويد في هذا المجال، وما تأسس عليه من اختبارات

تعتمد على الخيال قاصدا بذلك الاستجابات حـول اختبـاري تفهم الموضوع (سواء للكبار T. A. T) أو للصغار C. A. T أو للمسنين S. A. T) واختبار يقع أكبر، وما ينتج عن ذلك مـن أن عيادات المعالجين النفسيين للأطفال (تكون في الغالـب مزدحمة بالدمى والألعاب) وأن اللعب التلقائي يكون أشـبه بتداعي الحر الطليق وكما هو الحال في التفريـغ والتنفـيس والتطهير، ويساعد المعـالج علـى: الملاحظـة؛ والتقيـيم؛ التشخيص؛ التأهيل. لذا كان اللعب مفيدا لكلا الطرفين الطفل أو الأطفال المضطربين والمعالج النفسي الذي يستخدم تكنيك اللعب (mussen , /, 73, pp: 158 – 203)

ومن الفرويديين الجدد الذين قدموا وجهة نظر شاملة فـي اللعب: إريكسون erikson

حيث ربط بين اللعب ومراحل النمو النفسي والاجتمـاعي عبر مراحل النمو الثمانية التي قدمها إلى نمو الفـرد (مـن الميلاد حتى الممات ولكن الحال بطريقة والذي أوقف النمـو عند مرحلة المراهقة أو ما يسمى بمرحلـة التناسـل) وأن اللعب من وجهة نظر إريكسون إنما يحقق للفـرد (بغـض النظر عن المرحلة العمرية التي يمر بها) العديد من الفوائد

مثل: الأمل؛ قوة الإرادة؛ الهدف؛ الكفاءة؛ الـولاء؛ الحـب؛ الزعامة؛ الحكمة؛ القدرة على التصـرف؛ تحقيـق الـذات؛ تحقيق مكانة وسط الآخرين وغيرها من الأهداف والتي مـن الممكن أن تتحقق بصورة مباشرة مقصورة (من الفرد) أو يمكن أن تتحقق بصورة غير مباشرة، أو إن الحرمـان مـن أنشطة اللعب (خاصة عبر مراحل الطفولة وبدايات مرحلـة المراهقة إنما تعد نوعا من: العقاب للطفل؛ أو علـى الأقـل يدركها الطفل كذلك؛ لذا علينا أن نشجع أطفالنا على اللعـب لأنه سوي ومفيد لصحتهم البدنية والنفسية. (davis f houghton , 1991 , p: 69) (cass , 1971 , p: 13)

في حين يرى أنصار المدرسة السلوكية أن اللعـب مثلـه مثل أي نشاط لا يخرج من كونه: استجابة لمثيرات معينـة، وأنه ينطبق عليه نفس القوانين التي توصـل إليهـا علمـاء السلوكية (سواء التقليديين مثـل ثـورا نـديك، بـافلوف، والمحدثين مثل باندورا وغيرهم) حيث إن اللعـب يخضـع لنفس القواعد الأساسية للتعلم من حيث: التـدعيم (سـلبي/ إيجابي) تكرار أو عدم تكرار؛ بونات الاقتصاد وغيرها من الفنيات الشهيرة مثل هذا المجال (راجع على سبيل المثـال جزئي "نظريات التعليم" عالم المعرفة؛ الجـزء الأول رقـم

٢٧٠، ١٩٨٢ الجزء الثاني رقم ١٠٨، ١٩٨٦) وأن اللعب حين يرتبط بإشباع بعض الاحتياجات فسـوف يميـل إلـى التكرار، وأن اللعب إنما يتم في جزء كبيـر منـه بواسـطة التقليد (كما هو الحال في نظرية التعلم الاجتماعي لبنـدورا حيث سمحت هذه النظرية (التعلم الاجتمـاعي) بطريقتهـا القائمة على الدافعية؛ والجوانب المعرفيـة بـدمج الطـرق العلاجية ولذا فإنها تحقق الأهمية العلاجية للأسباب الآتية: -

١ – العلاج النفسي هو موقف تعليمي يساعد فيه المعالج النفسي الطفل (الأطفـال) علـى تحقيـق التغيـر المخطط فـي السـلوك والتفكيـر اللـذين يمكـن ملاحظتهما.

٢ – من المفيد أن تفسر المصاعب التي يعاني منها الطفل (الأطفال) في صيغة تقوم على حل المشكلات.

٣ – الدور العام للمعالج هو توجيه الـتعلم بحيـث يـتم إضعاف أشكال السلوك والمواقف غيـر الملائمـة، وتقوية أشكال السلوك البناء والمرضية.

٤ – ينبغي تكريس الاهتمام لكيفية نشوء بعـض أشـكال السلوك والتوقعات عند الطفل (الأطفال)، وكيـف

يسيء الطفل (الأطفال) تطبيق تجاربهم السابقة أو يبالغون في تعميمها.

٥ - غالبا ما تكون التجارب في الحياة الحقيقيـة أكثـر تأثيرا على الطفل (الأطفال) من تلك التي تتم أثناء ساعات العلاج.

٦ - العلاج هو نوع من التفاعل الاجتماعي.

(جورج أم غازدا وآخرون؛ ١٩٨٦؛ ٢٨٦)

الأهداف العلاجية للعب: وتتمثل في الأهداف الثلاثة الآتية:

أولاً: الهدف النمائي:

حيث تساعد الألعاب في إشباع حاجات الطفل الجسـمية/ الحركية/ العقلية/ النفسية/ الاجتماعية؛ حيث تعمل على إتاحة الفرصة إلى الطفل لكي يعبر عن حاجاته؛ وكذا ينمي لـدى الطفل مهارة التآزر الحركي - الجسمي، والتآزر الحركي - الحسي، كما أنه يفيد من الناحية العقلية حيث تزداد معرفتـه وخبراته ومعلوماته عن الآخرين المحيطين به وصولاً إلـى فكرة (العالم)، كما يتعرف على العديد من الاتجاهات والقيم مثل: التملك، الملكية الخاصة، الملكية العامة، ملكية الآخرين، العطاء، الأخذ، الاستقلالية، المشاركة، التعـاون، التنـافس،

التعبير عن الذات، تحقيق الذات ... وكل ذلك إنما يتم مـن خلال اللعب الحر التلقائي غير المقيد.

ثانيا: الهدف الوقائي:

وهنا يقدم اللعب وفق خطة معينة تستهدف تحقيق الآتي:-

١ – حماية الطفل من الوقوع في مشكلة ما.

٢ – أن تناسب اللعبة (الألعاب) المرحلة النمائية للطفل.

٣ – أن تكون اللعبة لها هدف معـين (أو تحقـق هـدفا علاجيا ووقائيا مثل تقديم (العضاضة) مثلاً للطفل قبل إقدام الأم على عملية الفطام مثلاً).

٤ – ملاحظة الطفل أثناء اللعب حتى يمكن تفهم الحالـة الانفعالية للطفل (أي التشخيص).

٥ – ملاحظة ماذا يفعل الطفل باللعبة.

٦ – هل يتغير سلوك الطفل وهو يلعب بمفرده عن سلوكه وهو يلعب (نفس اللعبة) مع آخرين.

٧ – ما هو رد فعله إزاء أخذ الآخرين لعبته.

- هل يصمت؟
- هل يغضب؟
- كيف يعبر عن غضبه؟

- هل يدخل في عراك مع الآخر؟
- هل يلجأ إلى تكسير وتحطيم اللعبة (وعلـي وعلـى أعدائي)؟
- أم يتسامح مع الآخر الذي أخذ لعبته لبعض الوقت؟
- أم يلجأ إلى الصراخ وطلب نجدة الآخرين؟
- أم يلجأ إلى البكاء ويدعي أن الطفل الآخر قـد أخـذ لعبته (وهذا حق) وقام بضـربه والاعتـداء عليـه (وهذا كذب يهدف من ورائه إلى إشعال نـار الفتنـة وتحريض الكبار على معاقبة الطفل الآخر؟).

ولابد من ملاحظة كل ما سبق ورصده ... مع ضـرورة الأخذ في الاعتبار أن يتكرر هذا السلوك أكثر من مرة حتى يمكن الوصول إلى الخطوط العريضة التـي تحكـم سـلوك الطفل.

ثالثًا: الهدف العلاجي: -

حيث يعتمد المعالج إلى تقديم الألعاب إلى الطفـل لكـي يساعده على التخلص من التوتر الانفعالي ويتم تقديم الألعاب في هذه المرحلة بعد دراسة مشكلة الطفـل وتحديـد سـبب

المشكلة ولمساعدته على التخلص من حدة التوتر والغضب والخوف، وفي الحالات التي تكون في غاية التوتر وعدم الاستقرار ويتم اللجوء إلى أسلوب التحكم بالسلوك والعمل على التعزيز والمكافأة والتدعيم لمجرد مرافقة الكبار، ثم ينتقل لمرحلة اللعب مع الألعاب التي تمثل النواحي الانفعالية لدى الطفل.

(204 , 1987 , aurbery) (سهام أبو عيطة ١٩٨٨ ٢٠٥ – ٢٠٦)

فنيات اللعب:

هناك العديد من الفنيات التي تلجأ إلى تصنيف اللعب كالآتي:

أولاً: اللعب من حيث التصنيف، يصنف إلى:

١ – اللعب الانعزالي: فيه يلعب الطفل منفردا، ويمكن ملاحظته في هذه الحالة إما بطريق مباشر أو غير مباشر.

٢ – اللعب من خلال النظر إلى الآخرين الذين يلعبون؛ حيث نجد الطفل يكتفي بملاحظة الأطفال الآخرين وهم يلعبون أو ربما يسأل سؤالا أو يشاركهم جسديا

وانفعاليا (مثل الراشدين وهم يشاهدون مباريات في كرة القدم مثلاً) أو في لعبة البلاي استاشـن play station) حيث يشاهد كل طفل كيف يلعب الطفـل الآخر (أثناء دوره) ممنيا النفس أنه حـين يلعـب فسوف يفوز.

٣ – اللعب المتوازي: وفيه يلعب الأطفال بجوار بعضهم، وربما بنفس الخامات إلا أن كل طفل يكون منتبهـا إلى لعبته هو؛ وهذا لا يمنع من اختلاس النظر إلـى الآخر (من آن لآخر) حتى يستطيع المقارنة بين ما أنجزه وما أنجزه الآخرون أو ما هو (موقعه) فـي هذا الإنجاز ولعل لعبة حفر الخنادق في الرمـال أو بناء بيوت على الشاطئ خير نموذج على ذلك.

٤ – اللعب الجماعي: وهنا يتفاعل طفلان أو أكثـر فـي عمل أنشطة متشابهة وربما في نفس النشاط، وهـذا النشاط يتم من غير قواعد أو تنظيم بل مـن أجـل (إخراج) طاقة الطفل.

٥ – اللعب التعاوني/ الجماعي: وهنا يتعاون الأطفال مع بعضهم البعض في لعبة جماعية (يحتاج إلى قواعد

أو أسس) وكل طفل له دور محدد وواضح، إنهـم (فريق متكامل) كل نشاط يقوم به الشخص يصـب في نهاية الأمر لمصلحة الجماعـة , hardy , et al 1990 ; 126 – 127

ثانيا: اللعب من حيث الوظيفة الهدف/ الغاية: ويصنف إلى:

أ – اللعب الاستكشافي: ويتم لدى الطفل حين يلفت نظره لعبة جديدة وهنا يقتـرب منهـا محـاولاً (فـض مجهلاتها) ولا مانع من محاولة " فكها " ثم " إعادة تركيبها " مرة أخرى.

ب – اللعب الابتكاري: حيث يبتكر الطفل لعبة معينة ولا شك أن الابتكار يحتاج إلى تكتـل مـن المهـارات، خاصة القدرة على اكتشاف أشياء وقوانين جديدة.

ج – اللعب من أجل إزجاء وقت الفراغ: حيث يلجأ الطفل إلى اللعب ليس بهدف اللعـب وإشـباع احتياجاتـه النفسية ولكن بهدف القضاء علـى الملـل (وربمـا القلق) الذي يشعر به من جراء ذلك.

د – اللعب بالتقليد: حيث يرى الطفـل نموذجـا للعـب ويحاول أن يكرر (أكثر من مرة) حتى يصل إلـى

درجة الإتقان وقد يكون التكرار من مشاهدة كبرنامج في التلفاز أو من مشاهدته لشخص يقوم بذلك واللعب بالتقليد هو أحد أساليب التعلم كما يذكر باندورا فـي نظريته النفسية الاجتماعية.

هـ - اللعب العلاجي التيسيري: وقد يلجأ الطفـل إلـى اللعب أو قد يحطم الدمية التي أمامـه؛ إلا أن ذلـك (التدمير والعنف والعدوان) يكون مقصـودا ولـه معنى حتى ولو لم يقصد ذلك الطفل.

(عادل هريدي (corsini , 1987 , p: 958 – 858)

١٩٩٨؛ ٩٥ – ٩٦)

الحالات التي يصلح معها العلاج باللعب: حدد العديد مـن المعالجين النفسيين باللعب أن استخدام تكنيكات في العـلاج باللعب يمكن أن يكون مفيدا في الحالات الاضطرابية الآتية:

١ – الشخصيات الانسحابية: هم الأطفال الانطوائيـون/ الانفصـاميون/ السـلبيون/ الهيـابون أو غيـر الاجتماعيين العاجزون عن التعبير عـن مشـاعرهم (سواء بالسلب أو الإيجاب) ليس لهـم صـداقات،

حوارهم في الداخل (داخل ذواتهم) أكثر من حديثهم مع (الآخر).

٢ – الشخصيات غير الناضجة: وهم أطفـال يتمتعـون بحماية زائدة من جانب الآبـاء، ممـا قـاد هـؤلاء الأطفال إلى العجز عن الاستقلال وعـدم الاعتمـاد على ذواتهم؛ بل والإحباط حين يواجـه أي موقـف (حتى وإن كان مألوفا من قبل الآخرين).

٣ – الأطفال الذين يدعون مهارات وهمية: وتتسم هـذه الفئة من الأطفال بالنظام والنظافة المتناهية والرغبة الشديدة في إراحة الآخرين حتى وإن تم ذلك علـى حساب أنفسهم واحتياجاتهم؛ إنهم يضحون بعـادتهم من أجل إراحة الآخرين؛ بحيث (يضـيعون) فـي النهاية في (ذوات الآخرين).

٤ – الأطفال الذين يعانون مخاوف شاذة: وهؤلاء الأطفال يعبرون عن قلقهم في صورة مخاوف شـاذة؛ إنهـم يخافون من أشياء تكاد تكون مألوفة في البيئـة؛ ولا شك أن هذا الخوف يمثل عقبة في طريق تمنعه من: أن يكون إيجابيا وفعالاً ونشطًا في البيئة.

٥ – الأطفال المخنثون: وتتسم هذه الفئة بسمات أنثوية وتميل إلى التصرف بضعف واستسلام كما تفتقد إلى المبادأة المتوقعة عادة من قبل الذكور في مجتمعاتنا الشرقية؛ إنهم أشبه بالبنات من حيث الحديث؛ الحركات؛ الانكماش؛ عدم التحمس للعب مع الآخرين؛ وإن تم ذلك تحت ضغط الوالدين أو الأقربين – سوف يكون على استحياء.

٦ – الأطفال ذوو العادات السيئة: وهم أطفال لديهم (لازمات حركية) سيئة تثير غضب الآخرين مثل: مص الأصابع، قضم الأظافر؛ اللعب بالأصابع في الأنف ... الخ.

٧ – الأطفال العدوانيون: وهؤلاء الأطفال يميلون إلى الدخول في معارك (لفظية – بدنية – لفظية بدنية). مع الآخرين، إنهم يتشاجرون مع الذباب الذي يعبر أمام أعينهم) وإذا لم يجدوا طفلاً يتشاجرون معه (أو يجرروا شَكَلَه) لجئوا إلى التخريب والتحطيم و(الشخبطة) على الجدران – إنهم باختصار (يبحثون عن الشر بل ويغنون له).

٨ – حالات الكراهية الشديدة للأخوة: لا شك أن حـالات الغيرة والحسد تجاه الأخوة من السلوكيات الشـائعة في مرحلة الطفولة (وقد تمتد مع بعـض الأفـراد عقب مراحل حياتهم المختلفة) والمقارنـة لابـد أن تفرز هذا التساؤل: لماذا أو " إش معنى" وقد يقـود ذلك إلى العديد من دروب القلق والتوتر (وقد ذكرت لي طفلة (كانت تعالج من حالة قلق شاذ) أن أختها التي تكبرها بعامين كانت إذا غابت من المنزل (عند خالتها) فإن والدتها كانت تتصل بها في اليوم الواحد مرتين وربما ثلاثا وكانت دائما تقول لها: وحشتيني يا حلوة أما أنا حين سافرت إلى خـالتي فكانـت لا تتصل بي إلا مرة واحدة فـي اليـوم ولا تشـعرني بأهمية بل كانت تتحدث معي ببرود ممل وقاتل).

٩ – الأطفال الذين يبدون اتجاهات السوسيوباتية: حيـث نجد أطفالاً يبدون وكأنه لا يعنيهم الآخر، أو الشعور به، بل يجدون سعادتهم فـي إيقـاع الأذى بالطفـل الآخر؛ وهؤلاء يتميزون بضحالة الانفعـال وبعـدم

العمق، والأنانية وسعادتهم إنما يتم تشـييدها علـى معابد الآخرين.

١٠ – الأطفال ذوو الاتجاهات الجنسية المتزايدة والجنسية الشاذة: وهؤلاء الأطفال من المحتمل أن يكونوا قـد تعرضوا في طفولتهم لمثيرات جنسية كثيرة ومتعددة في نومهم – مثلاً – في غرفة الوالدين؛ وعدم التفرقة بين الجنسين في النوم (قرب مرحلـة البلـوغ) أو تعرضهم لبعض المثيرات الجنسية وكل مـا سـبق وغيره إنما يساهم في (إثـارة وتنبيـه غرائـزهم الجنسية) أو قد يتعرض لإغواء من أحد الكبار ومن المقربين له (أخ أكبـر – خـال – عـم – ... ... الخ).

١١ – حالات الجنوح: وهم أطفال قد تكـررت حـالات السرقة لديهم وهذا السلوك الجانح لم يحدث مـرة أو مرتين؛ إنما تكرر كثيرا مما يجعلنا نقول إنه أصـبح سلوكا (مستديما) لديهم؛ (ولـذا قـد كـان أحـد المعالجين يمارس جلسات العلاج النفسـي لهـؤلاء

الجانحين في الأماكن التي اعتادوا السرقة فيها حتى يسيطروا على هذا السلوك).

١٢ – أطفال تعرضـوا لمواقـف صـادمة/ ضـاغطة: والمواقف الضاغطة مثل مشاهدة نار تلتهم منـزلا، حادث سيارة – شخص يطلق النار على شخص آخر أو يقوم بذبحه ... الخ. ولا شك أن هـذه المواقـف (تهشم) نفس الطفـل – ممـا يقتضـي ضـرورة تعرضه للعلاج النفسي المتكرر حتى(تلتئم) نفسيته. (كاميليا عبد الفتاح – ١٩٩٨؛ ١٣ – ٢٣)

مواصفات الألعاب التي تستخدم في العلاج النفسي الجمعي:

لكي يتم العلاج باللعب لابد من توافر الأدوات الآتية:

أولاً: غرفة للألعاب أو للعلاج: حيث يخصص في العيادة النفسية حجرة أو حجرات للعب وتضم لعبا متنوعـة الشـكل والحجـم والموضـوع وتمثـل الأشـياء والأشخاص الهامة في حياة الأطفال التي يوجد فـي مجالهم الحياتي السلوكي المعاش.

وقد أكد البعض على ضرورة توافر مجموعة من الشروط في غرفة العلاج باللعب (سواء أكان العلاج باللعب فرديا أم جماعيا) في:

- أن تكون الألوان المستخدمة في طلاء وأثاث الغرفـة هادئة زاهية مبهجة (حيث إن هذه النوعية من الألوان تريح الطفل وتجعله في حالة انتباه).
- أن تكون سهلة التنظيف.
- أن تكون جدرانها مانعة للصوت.
- أن تلحق بها غرفة ملاحظة من جهة واحدة.
- أن تكون موصلة بآلة تسجيل بغرفة الملاحظة.
- أن يلحق بها حمام ومغاسل صغيرة.
- أن يلحق بها حديقة زرع وحديقة حيـوان (أو علـى الأقل مجسمات أو نماذج لذلك).

(سهام أبو عيطة؛ ١٩٩٨؛ ٢٠٠٢)

ثانيا اللعب: يجب أن يتضمن في الألعاب المواصفات التالية:

- أن تتضمن مواقف الحياة اليومية.
- أن تكون الألعاب قادرة على جذب الانتباه.

- أن تتناسب وقدراته العقلية (طبقا للعمر الزمني له).
- أن تكون غير قابلة للكسر أو للتلاف.
- أن تكون سهلة (الفك).
- أن يتمكن الطفل من تركيبها مـرة أخـرى ginot , 1961 , p: (51 – 157)

أنواع الألعاب:

- ألعاب تمثل جميع أفراد الأسرة: الأم – الأب – الأخوة – الأخوات (أن يكون العديد مسـاويا لعـدد أفـراد الأسرة الفعلي).
- ألعاب تمثل أطفالا في مرحلة عمرية مختلفة.
- ألعاب تمثل الجانب العدواني للطفل: بنادق؛ سـيارات كبيرة؛ جنود؛ قطـع مـن القمـاش تمثـل الملابـس والمفروشات.
- ألعاب تمثل وسائل المواصلات المختلفة.
- أحواض رمل وماء – دلو – جاروف.
- أقلام وألوان وورق رسم.
- أراجوز.

- أرجوحة (مرجيحة) ... وغير ذلك من ألعاب.

ثالثًا المعالج النفسي بواسطة اللعب: ولابد مـن تـوافر شروط معينة فيه (المعالج النفسي) مـن أهـم هـذه الشروط: إتقان تقنيات العلاج باللعـب، وأن يكـون المعالج حساسا لما يقوم به الطفل من أنماط السـلوك المختلفة، وأن يستجيب له بطريقة مناسبة، وأن يكون قادرا على التفسير المناسب الذي يقدمه للطفل (فـي الوقت المناسب)، كما يجب توقع أن المعالج سوف يكون موضوعا للطرح (لدى الطفل) حيث سيسقط عليه عدوانه وهنا يجب أن يتفهم المعـالج النفسـي ذلك، وأن يساعد الطفل عن طريقة تقديم (إيضاحات استبصارية) للطفل كما أن بعض العلاقات النفسـية تتطلب من المعالج أن يشرك الوالدين معه في العملية العلاجية.

Damskg fsilverman 1973 p: 38 – 43

الفصل الحادي عشر
العلاج النفسي الأسري

الفصل الحادي عشر
العلاج النفسي الأسري

مقدمة:

يعد العلاج النفسي للأسرة أحد أشكال العلاجات الجمعية النفسية حيث يستطيع المعالج أن يقدر أن اضطراب الفرد مؤشر لاضطراب الوسط الذي يعيش في كنفه، وأن علاج الفرد في حد ذاته ليس له قيمة لأنه سيعود – بعد انتهاء العلاج النفسي – إلى نفس البيئة المضطربة، ومن ثم فلابد من أن تدخل الأسرة في العملية العلاجية ككل، والتصور الأساسي الذي يقوم عليه هذا النوع من العلاج هو أنه أكثر منطقية وأسرع نجاحا واقتصادية إذ يتم التعامل مع كل الأفراد المشتركين في منظومة الأسرة النوعية.

في حين يرى البعض وجود خلافات أساسية بين العلاج الجمعي والعلاج الأسري تتلخص في: -

الأول: أن الجماعة ليس لها تاريخ بمعنى أنه ليس لها ماضٍ ولا مستقبل على عكس الحال لدى أفراد أي أسرة.

الثاني: أن الواسطة في التغيير هو الجماعة بما في ذلك المعالج الذي يقوم بدور الميسر أو القائد، بينما يقوم المعالج الأسري بدور النموذج أو المعلم أكثر منه بدور الميسر.

وعلى كل حال، ومع تجاوز هذه الخلافات النظرية إلا أن العلاج النفسي الأسري يكتسب كل يوم مزيدا من الأرض والأنصار والأتباع خاصة مع وجود العديد من الرياح والمعوقات التي تقصف بكيان الأسر، وتقود إلى العديد من الاضطرابات والتي تنعكس – في التحليل النهائي – إلى خلخلة البناء الاجتماعي والاستقرار النفسي للمجتمع ككل.

المعالجون الأسريون "نظرة عامة": -

يمارس العلاج الأسري عادة أناس ينتمون إلى مجال الصحة النفسية، بصرف النظر عن محتوى ما يفعلونه. ويشمل هذا المجال بشكل خاص أصحاب الخدمة الاجتماعية، وعلم النفس الإكلينيكي والطب النفسي. وقد بدأ أصحاب مهنة التمريض والتأهيل المهني في الدخول إلى هذا الميدان، وذلك بالإضافة طبعا إلى من قد يستهويهم الموضوع من أصحاب المهن والتخصصات الأخرى.

وقد أتى الرواد الأوائل العلاج الأسري من دروب مختلفة أيضا. فكان الكثير منهم من أصحاب الطـب النفسـي مـن أمثال:

Minuchin , Midlefort , Ackerman , Bowen , Wynne , Lidz , Whitaker , Bell , Laing , Nagy

ولكن كان هناك أيضا رواد من مجـالات أخـرى كعلـم النفس والعلاج النفسي والخدمة الاجتماعية مثـل Haley , Weakland , Satir , Watzlawick , Bateson ويمكـن القول بشكل عام أن معظم من يمارسون العلاج الأسري قـد تأهلوا أولاً في مجال تخصص آخر.

وقد أصبحت نظريات ومهارات العلاج الأسري تـدرس اليوم في برامج الخدمة الاجتماعية وعلـم الـنفس والطـب النفسي والتمريض ورعاية الطفولة (فـي العـالم الغربـي طبعا) على أن دراسة هذه المقررات لا تجعل من أصحابها معالجين أسريين، فالأمر يتطلب ما هو أكثر من ذلك خاصة المرور بالخبرات والتدريب تحت إشراف معالجين أسـريين متمرسين.

وفي البلاد التي اتخذ فيها العلاج الأسري مكانة واضـحة كالولايات المتحدة يثور النقـاش حـول وضـع المعـايير

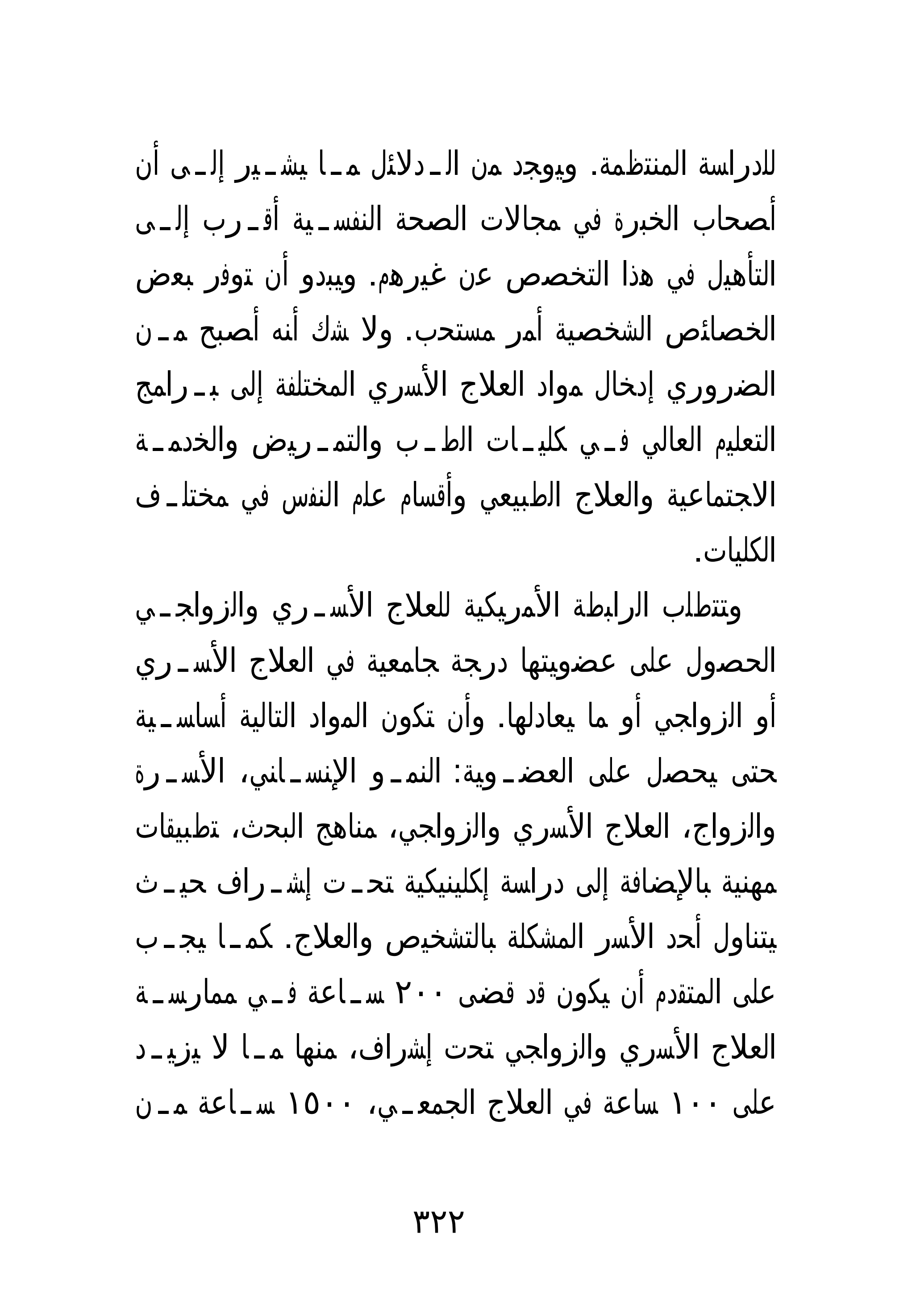
والمتطلبات التي يجب توافرها في المعـالج الأسـري منـذ السبعينيات وتلعب الرابطـة الأمريكيـة للعـلاج الأسـري والزواج دورا كبيرا في هذا الشأن فمنذ تأسيسها عام ١٩٤٢ عملت على وضع معـايير صـارمة للعضـوية مشـترطة المستوى الأكاديمي والتدريب والخبرة والإشراف.

ولم يتفق الرأي بعد حول مسألة هل يستقل العلاج الأسري ويصبح مجالاً مستقلاً بذاته كطب الأسنان والطب البيطـري مثلاً أم يظل مجالاً تطبيقيا فحسب ينضم إليه من يريـد مـن أصحاب المهن الأخرى شأنه شأن التنويم المغناطيسي؟ز

فهناك من يرى أن يظل العلاج الأسري أحد المهـارات العلاجية التي يكتسبها المعالجون الذين ينتمون إلى المجالات الأخرى وهناك من يرى أنه توجـد حاجـة ملحـة للخبيـر والمتخصص الذي يجعل من هذه المهنة مجال عمله الوحيد. وتوجد في الولايات المتحدة الأمريكية اليوم معاهد متخصصة تمنح درجات جامعية في العلاج الأسري.

الشروط الواجب توافرها في المعالج الأسري:

ولكي يصبح المرء معالجا أسريا مـؤهلاً قـادرا علـى ممارسة المهنة بشكل مستقل، عليه أن يقضي فترة من التفرغ



للدراسة المنتظمة. ويوجد من الدلائل ما يشير إلى أن أصحاب الخبرة في مجالات الصحة النفسية أقرب إلى التأهيل في هذا التخصص عن غيرهم. ويبدو أن توفر بعض الخصائص الشخصية أمر مستحب. ولا شك أنه أصبح من الضروري إدخال مواد العلاج الأسري المختلفة إلى برامج التعليم العالي في كليات الطب والتمريض والخدمة الاجتماعية والعلاج الطبيعي وأقسام علم النفس في مختلف الكليات.

وتتطلب الرابطة الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي الحصول على عضويتها درجة جامعية في العلاج الأسري أو الزواجي أو ما يعادلها. وأن تكون المواد التالية أساسية حتى يحصل على العضوية: النمو الإنساني، الأسرة والزواج، العلاج الأسري والزواجي، مناهج البحث، تطبيقات مهنية بالإضافة إلى دراسة إكلينيكية تحت إشراف حيث يتناول أحد الأسر المشكلة بالتشخيص والعلاج. كما يجب على المتقدم أن يكون قد قضى ٢٠٠ ساعة في ممارسة العلاج الأسري والزواجي تحت إشراف، منها ما لا يزيد على ١٠٠ ساعة في العلاج الجمعي، ١٥٠٠ ساعة من

الخبرة الكلينيكية في العلاج الأسري أو الزواجي بالإضافة إلى سنتين من الخبرة العملية بعد الحصول على الدرجة الجامعية الأولى.

العلاج النفسي والمدخل الأسري:

سيجد الكثير من العاملين في مجال رعاية المرضى النفسيين من أطباء واختصاصين نفسيين واجتماعيين، في مفهوم العلاج الأسري خروجا كبيرا على الطريقة التي ألفوها والتي اكتسبت احتراما وتقديرا على مر الزمن. وهي الطريقة الفردية، أي العلاقة التي تنشأ بين فردين: المعالج من جهة والمريض من جهة أخرى ذلك أن العلاج الأسري، أي علاج الأسرة بكاملها، يعتبر مخالفًا أو مناقضا لكل التقاليد التي تعلموها وتدربوا عليها.

إن العلاج الأسري يمثل نقلة كبرى في الطريقة العلاجية. من التركيز التام على مظاهر وأعراض الاضطراب لدى المريض إلى نظام من التشخيص والعلاج موجه إلى الأسرة باعتبارها وحدة متكاملة هي مستقر الصحة والمرض. ولا يزال هذا الاتجاه في مهده ولكنه يتطور بخطى سريعة. ولقد تجمعت عناصر كثيرة في الربع الأخير من القرن العشرين

أدت إلى نشوء اتجاه يرمي إلى تشخيص وعلاج اضطرابات الشخصية والوقاية منها من خلال المدخل الأسري نلخصها في الآتي :

(١) التغيرات الكبرى في نمط الحياة الأسرية والناشئة عن الثورات الاجتماعية المختلفة.

(٢) التطورات الجديدة في مجال علم النفس خاصة سيكولوجية الأنا وديناميات الجماعة، وعلم النفس الاجتماعي وأساليب العلاج النفسي والاتصالات.

(٣) ازدياد الوعي بحدود وأوجه قصور الطريقة التقليدية المقصورة على الفرد في التشخيص والعلاج والوقاية.

(٤) الاعتراف بمبدأ العدوى في مجال الاضطرابات الانفعالية والعلاقة الوثيقة بين الاضطرابات الاجتماعية والعقلية.

وقد أدت هذه العوامل إلى خلق مجالات جديدة في أرض التدخلات العلاجية في الأسرة باعتبارها كائنًا حيا. إذ أصبح من الواضح أن مسار المرض ونتائجه لا تتوقف على المحتوى اللاشعوري للاضطراب فحسب وإنما تتوقف كذلك

على المصادر التي يمكن حشدها لمواجهة ومحاربـة بـؤرة الخبرة المرضية.

وبعبارة أخرى إن خبرات الحياة التي يمكن أن تؤدي إلى المرض تحتاج إلى حشد العديد من الجهود لمواجهتها.

فاتساع أفق فهم العلاقات بين الخبرات الداخلية والخارجية يلقي ضوءا أكبر على ميكانزمات مجابهة الصراع وعمليات الدفاع والتوازن وكذلك عمليات التعلم والنمو.

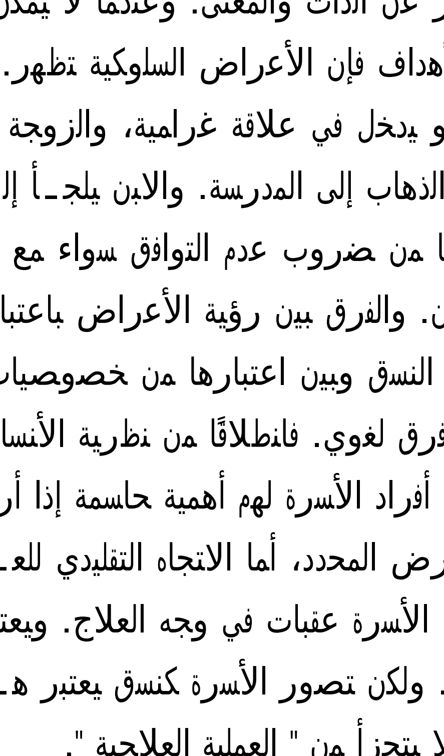
ما هي الأسرة:

لا شك أن الأسرة هي جماعة صغيرة تنطبق عليها قواعد ديناميات الجماعة، وهي تقوم بإشباع حاجات أعضائها، فلكل فرد عدة حاجات أساسية بعضها جسمية وبعضها وجـداني. والأولى يمكن فهمها، أما الثانية فأقل وضـوحا. والحاجـات الوجدانية يمكن اختصارها في ثلاثة أبعاد: الصلات الحميمة والسلطة والمعنى.

ويحتاج الناس إلى إقامة صلات وثيقـة مـع الآخـرين، يحتاجون إلى الانتماء كما يحتاجون أيضا للتعبير عن أنفسهم وأن يكونوا متميزين (لا نظير لهم أي متفـردين) وأخيـرا يجب أن يكون لحياتهم معنى وقصد. وبالنسبة لمعظم النـاس

يتضمن البعد الأول العلاقة الجنسية الغيرية، أما الثاني فهـو تحقيق المصالح من خلال العلاقات مع السلطة في المنـزل والعمل، والثالث فهو إنجاب الأطفال.

ورغم أن البعض يجادل في أن الأسرة ليست ضـرورية لتحقيق هذه الأهداف إلا أنه من النادر إمكان تحقيـق هـذه الأهداف بدون أسرة. فالأسرة هي الوحدة الاجتماعية التـي يحاول فيها الناس عن طريق الاختيار المشترك تحقيق هـذه الأبعاد الثلاثة. إضافة إلى احتياجات أخرى مثل مشـروعية الفرد، الإحساس بالعصبية والانتماء والامتداد إضافة إلى أن الأولاد ما هم إلا امتداد للفرد " إللي خاف ما متش " ولعـل هذا المثل يمارس تأثيره على الأفراد ومـن خـلال الثقافـة السائدة التي تحتم ذلك خاصة في المجتمعات النامية. وما إذا كانت المرأة تنجب أو لا تنجب، ثم تزداد مكانتها إن أنجبـت الذكور، ولعل الحملة الإعلانيـة التـي يبثهـا التليفزيـون المصري على أنه لا يوجد فرق بـين الولـد والبنـت، وأن الرجل يعد المسئول عن (جنس) الطفل خير مثـال علـى ذلك. وإن كانت اتجاهات طائفة من المجتمع لا تتغير بهـذا الكم من الإعلانات.



ويتزوج الناس عادة وقد يحدث خلل لأسباب متعددة إلا أن الأسر الحديثة تتحدث عن الخلل الوظيفي Dysfunctional بدلاً من تسميته مرضا لأنهم بهذا يعبرون بوضوح أكبر عن ما يعتبرونه المشكلة الأساسية ألا وهي عجز أحد أو كل أعضاء الأسرة عن تحقيق الأهداف المرغوبة من الالتصاق والتعبير عن الذات والمعنى. وعندما لا يمكن الوصول إلى هذه الأهداف فإن الأعراض السلوكية تظهر. فنجد الزوج يدمن أو يدخل في علاقة غرامية، والزوجة تكتئب والطفل يخاف الذهاب إلى المدرسة. والابن يلجأ إلى المخدرات وغيرها من ضروب عدم التوافق سواء مع الذات أو مع الآخرين. والفرق بين رؤية الأعراض باعتبارها ناشئة عن اختلال النسق وبين اعتبارها من خصوصيات الفرد ليس مجرد فرق لغوي. فانطلاقًا من نظرية الأنساق، يعتقد المعالج أن بقية أفراد الأسرة لهم أهمية حاسمة إذا أردنا إحداث تغيير في المرض المحدد، أما الاتجاه التقليدي للعلاج فيرى أن أعضاء الأسرة عقبات في وجه العلاج. ويعترضون سير الطرح. ولكن تصور الأسرة كنسق يعتبر هؤلاء الآخرين جزءا لا يتجزأ من " العملية العلاجية ".

والأسرة التي تقوم بوظائفها Functional هي التي تشبع مختلف حاجـات أعضـائها. أمـا الأسـر " العطلانـة أو المضطربة " فهي التي لا تشبع تلك الحاجات وبالتالي ظهـر لديها أعراض السلوك المرضي. والفرق بين الاثنـين لـيس وجود الصراع أو غيابه وإنما إشباع الحاجات. وفـي كلتـا الحالتين يوجد صراع داخل الأسرة. وهو أمـر متوقـع لأن أهداف مجموعة الناس أو الأنساق الفرعية في الأسرة، نادرة التطابق. مثلاً قد يرغب رب الأسرة في لم شملها يوم العيـد وفي رأيه أن هذا يساعد على التصاق أفراد الأسرة بعضـهم ببعض. أما الابن الأكبر فيريد الخروج في رحلة مع أصدقائه أو دخول مسرح أو سينما. أما الابنتـان الصـغريان فهمـا يكونان نسقًا فرعيا ويريدان الذهاب في العيد إلى منزل الجد. وقد تقف الأم في صف البنات. وكما هو واضح فإن أهـداف أفراد كافة الأفراد متناقضة. وتكون قدراتهم على حل تلـك الخلافات هي الإجابة عن سؤال كيف تقوم الأسرة بوظيفتها. فالأسرة التي تقوم بوظيفتها (الفعالة) هي التـي تسـتطيع إيجاد الحلول الوسطي (التوفيق والتبديل) أما غير الفعالـة

فلا تستطيع ذلك ويعيش كل فرد في (جزيرة) خاصة به أو كما يعبر بعض الأفراد: أنهم يعيشون في فندق.

وفي هذا المثال الذي ضـربناه نجـد أن الموضـوعات الرئيسية التي تصل إليها في النهاية هي: القرب والتعبير عن الذات، والمعنى.

مراحل تغير الأسرة:

مثلما يمر الفرد بمراحل نمو وتطور تمر العائلة أيضـا. ففي البداية يتحد الزوج والزوجة ليقيما نسقًا فعالاً. فيخلقـان جمعا أو " نحن " له وظيفة يحققان من خلاله شخصيتيهما.

والخطوة التالية هي فتح أبواب النسق ليسـمح للآخـرين بالدخول: الأطفال. وفي هذه الخطوة الحاسمة يواجه الزوجان بموقف ضاغط أو بأزمة. إذ إن وجود طرف ثالـث يحمـل إمكانية الانشقاقات والتحالفات. وعلى الـزوج والزوجـة أن يتخذوا دورا جديدا هو الأب والأم وهو دور مختلف عن دور الزوجة والقرينة. وكثيرا ما يـزداد مسـتوى القلـق لـدى الكثيرين حين يصبحون آباء. إلا أن المجتمع يعمل على تأكيد الجوانب الإيجابية للأبوة والأمومة فيخفض بذلك من تـأثير الشك والقلق لدى الولد الجديد ناهيك عن إمكانيـة اسـتعداد

الأسرة للإنجاب أم لا؟ وهل كل طرف كان يريد (ولدا) من نوع ما. وهل توجد أساليب للتربية (متفـق عليهـا) أم أن الأمور تسير بشكل (جهجهوني).

وتفسر نظرية الأنساق الفروق والصعوبات التي تنشأ عن الأبوة والأمومة بواسطة فكرة الفيد باك أو الأفكـار الناتجـة فإذا عكر الزوج صفو زوجته فإن الفيد باك يكـون مباشـرا وفوريا ويحدث التصحيح في الحال. أما في حالة سلوك أحد الوالدين تجاه الابن أو الابنة فلن تظهر النتيجة قبـل مـرور سنوات عديدة. الفيد باك هنا ليس فوريا.

وتؤدي ولادة أطفال آخرين إلى تغيير في نسق الأسـرة. فالطفل الثاني ليس مجرد إضافة إلى العدد وإنما هو تغييـر في نسق الأسرة. وكما سبق لنا القول فإنه في مفهوم النسـق لا يكون ١ + ١ = ٢. وأن إضافة عضو جديد إلى الأسـرة معناه أن النسق يعاد تركيبه. إن ترتيب الميلاد يترك آثـارا نفسية لدى الشخص. فهل هو الابـن الوحيـد أم الوسـط أم الأخير (الدلوعة). وهل كان الوالدان سريعين في إنجابه أم لا. لأن مسألة (الترتيب) في الميلاد يترتب عليها العديد من

النتائج والأزمات النفسية التي قد تلازم (الطفل – الرجـل) أو (البنت – المرأة) عبر سني حياتها.

(علاء كفافي، ١٩٩٧، ٢١٠: ٢١٣)

وتحل مرحلة جديدة في عملية الأسرة بذهاب الأطفال إلى المدرسة، إذ يجب أن يفتح النسق أبوابه مرة أخرى للغربـاء هذه المرة. وقد تترك هذه التجربة صدمة لدى الكثيـر مـن الأفراد. فظاهرة الخوف من الذهاب إلى المدرسة تعبر عـن عدم قدرة النسق على القيام بالتوافق المطلوب وذلـك بـأن يوسع من حدوده، ولا تكون المسألة مجرد عدم قدرة الطفـل على ترك أمه، وهكذا نرى كيف أن نظاما جديدا يؤدي إلـى طريقة جديدة في تصوير المشـكلة. وطريقـة جديـدة فـي علاجها. ويسأل المعالج الأسري " ماذا يجري داخل الأسـرة مما يؤدي إلى نشوء ظاهرة الذهاب إلى المدرسة عند الطفل؟

كما أن المراهقة تترك الحاجة إلى المزيـد مـن حريـة الأطفال (والذين لم يعودوا أطفالاً) وتؤدي المبالغـة فـي التصاق أحد الوالدين بأحد الأطفال إلى أعراض سلوكية لدى أحد أعضاء الأسرة فالأم مثلاً لا تستطيع أن تسـمح لطفـل بمزيد من الحرية لأن ذلك يعني فقدان حياتها للمعنى. أي لا

يصبح لحياتها معنى. أما انفصال الأولاد عن الأبوين بواسطة الزواج فإنه يخلق أزمة للأبوين. فهو يحمل عادة فقدان معنى الحياة أو ما نقول عنه ظاهرة " العش المهجـور ". وتعـود للظهور المشكلات التي لم تظهر في بداية الزواج مما يخلق الفرصة لظهور الصعوبات الزوجية.

وللعلاج النفسي للأسرة العديد مـن خصـائص النسـق المفتوح، من حيث إن جماعة الأسرة تـأتي إلـى الوجـود لتحقيق غرض معين ولها وقت محدد وتتوقف عن الوجـود بعد أن تحقق غرضها بدرجة أو بأخرى. وله أيضا خصائص النسق الحي بمعنى أن له برنامجا (تحدده أهداف البرنـامج العلاجي) وله أسلوبا (يعكس الطريقة الشخصية للمعـالج) وهذا البرنامج (أي ما سيتم تعليمه للأسرة) يهدف إلى خلق تفاهم أفضل بين المرضى وعائلاتهم بقصد الاطمئنان إلـى استمرار المريض في حالة حسنة بعد خروجه من المستشفى أو كيف يتم الوصول إلى الهدف وهـذا يحـدده الأسـلوب الشخصي للمعالج، أي الابتكارية والأصـالة فـي معالجـة المواقف الجديدة. وإعادة التكيف والتحكم الداخلي والفيد باك في حالات الخلل غير العادي. وقدرته على استخدام طـرق

غير معتادة في المواقف المحرجة وحسن إدراكـه للتوقيـت المناسب لإجراء الاستقصاء والاكتشافات واختيار أساليبه.

وهذه الخصائص مطلوبة في كل معالج وتعد أكثر إلحاحا في حالة المعالج الأسري، لأنه لما كان للأسـرة خصـائص النسق فهي مهددة بالتوقف أو الفشل فـي حالـة تعرضـها لمواقف غير معتادة أو شدائد أكبر من قدرتها على التحمـل، أو أحد أنساقها الفرعية وما إلـى ذلـك، ويحتـاج المعـالج الأسري إلى كافة أنواع المعرفة والحيلة والدهاء ليتمكن مـن تحمل العبء.

(علاء الدين كفافي، ١٩٩٩ (أ)، ٢٣ – ٢٥)

معنى العلاج الأسري:

تدل هذه التسمية كما هو واضح من عنوانها، على أنهـا تتناول علاج الأسرة. ويكون التركيز فيها لا على الفـرد أو على مريض بعينه وإنما على الأسرة ككل. والمنطق الكامل وراء هذا الشكل من العلاج هو أنه أسرع وأكثر اقتصـادية وتحقيقًا للنتائج. فمن الأفضل أن تعالج كافة أعضاء النسـق العلاقات. – وهو في هذه الحالـة – الأسـرة الأوليـة (إي الأسرة المكونة من أب وأم وأطفال) بـدلاً مـن أن تعـالج

الشخص الذي يعتقد أنه في حاجة للعـلاج. وتكـون مهنـة المعالج الأسري هي تغيير العلاقات بين أعضـاء الأسـرة المضطربة بحيث تختفي الأعـراض السـلوكية المرضـية. ولتحقيق ذلك لجأ أصحاب العلاج الأسـري إلـى تشـكيلة متنوعة من الأساليب والسياسات المسـتندة إلـى نظريـات مختلفة نوعا ما عن نظريات العلاج الفـردي أو الجمـاعي، وغايتهم النهائية هي تقويم أو تعديل العلاقات والأسرة بحيث تصل إلى تكيف أفضل لكافة أعضاء الأسرة بما فـي ذلـك المريض نفسه. مع الأخذ في الاعتبار طبيعة المقاومة التـي سيبديها أعضاء الأسرة على أساس أن " الابن مـثلاً " هـو المضطرب وليس " نحن " مما يقتضي استخدام العديد مـن أساليب المواجهة مثل المقاومة والإنكار.

المفاهيم الأساسية للعلاج الأسري:

يمكن تعريف العلاج الأسري بشكل عام ودون الدخول في متاهات – على أنه محاولة تعديل العلاقات داخـل الأسـرة لتحقيق الانسجام والتآلف بين أعضائها، وتعتبر الأسرة نسـقًا مفتوحا مكونًا من علاقات متشابكة يـتم الحفـاظ عليهـا أو تفسيرها عن طريق الفيد باك. وهكذا وفي إطار هذا التعريف

نرى أن العلاج الأسري يرتكز على ثلاث مفاهيم أساسية هي فكرة النسق، وفكرة المثلثات، وفكرة الفيد باك.

ويقدم لنا العلاج الأسري منظورا جديدا للعـلاج النفسـي يحمل مفاهيم جديدة وأساليب جديدة للتدخل العلاجي، إذ ينقلنا نقلة نوعية من:

(١) الفكرة السائدة في العلاج والتي ترى الناس أفـرادا مستقلين بعضهم عن بعض، إلى:

(٢) النظر إليهم في علاقاتهم ببعضهم البعض فقـط لا غير. ونتيجة لذلك ينتقل اهتمام المعالج مـن الفـرد المضطرب إلى النسق الذي انتابه فساد في الوظيفة. وينظر العلاج الأسري إلى المريض المعين باعتباره عرضا بينما يعتبر النسق نفسـه أي الأسـرة هـو العميل. (الذي يوجه إليه العلاج ككل).

مفهوم النسق:

يتكون النسق – أي نسق – من عدة أجزاء مختلفة تشترك في صفتين أساسيتين:

الأولى: أن هذه الأجزاء متصلة فيما بينها ومعتمدة علـى بعضها البعض وكلها علة لبعضها ويؤثر كل منهـا في الآخر.

الثانية: أن كل جزء فيها يرتبط بالآخر بعلاقة ثابتة علـى مر الزمن. وهكذا يكون نظام التبريد أو التسخين في منزل ما نسقا بينما لا تكون مجموعة مـن النـاس تركب قطارا نسقًا.

وهناك نوعان من الأنساق: النسق المفتوح، وهو الـذي تتحرك عناصره دخولاً، والنسق المغلـق الـذي لا يكون فيه مثل هذا التدفق كما هو الحال فـي نظـام التبريد.

وبهذا الشكل يمكن اعتبار كافة مكونات هذا الكون منتظمة في أنساق فحيثما ترتبط مجموعة من المكونات (الكواكـب، الذرة، مترو الأنفاق، الأسرة ... ... الخ) بعلاقات لها هاتان الصفتان – السابق ذكرهما – فإنها تكون نسقًا أي أنها تقـوم بوظائفها وخدماتها وتنمو وتتطور أو تذبل وتفنى على أساس العلاقة السببية بين المكونات، فكل علاقة بـين عـدد مـن المكونات في نسق هي سبب لوجود أو لنشاط بقية المكونات،

فكل مكونات النسق هي أسباب لبعضها البعض بالإضافة إلى كونها مرتبطة ومعتمدة على بعضها البعض.

أما النوع الثاني من الأنساق: فهو الأنساق المفتوحـة أي التي لا تدخل إليها وتخرج منها طول الوقت مكونات مختلفة، ولكن هذه المكونات تمتلك الصفتين سابقتي الذكر مثال ذلـك للنسق المفتوح الطاحونة. فالطاحونـة تطحـن أي مكونـات توضع فيها وتحولها إلى دقيق أو أي مسحوق آخر فهنا تتغير العناصر أما النسق فقائم بوظيفته، بعبـارة أخـرى تـدخل عناصر جديدة في النسق طول الوقت وتخرج منه عناصـر أخرى لكن العلاقات بين أجزاء النسق متصلة ومعتمدة على بعضها البعض.

وهناك زوايا متعددة للنظر إلى الأسرة، فقد ننظر إليها من زاوية أدوار الأعضاء، أو روابـط الـزواج، أو الـروابط الانفعالية والوجدانية، أو شديدة التفاعل بين الأعضاء، أو من زاوية المسكن المشترك. وهناك إذا كما قلنا مداخل متعـددة، ولكن العلاج الأسري، مع وضع كافـة هـذه الزوايـا فـي الاعتبار، يفضل أن يرى الأسرة " نسقًا " خاصة من حيـث المعنى الذي تحمله الأسرة لأعضائها.

ومفهوم النسق لا غنى عنه لأصحاب العلاج الأسري وذلك من حيث إنهم يهتمون بأنواع السلوك والعلاقات المتبادلة التي تحدث بين أفراد نسق طبيعي – نفسي – اجتماعي وهو الأسرة، وبين هذا النسق وبيئته. حيث إن الأسرة يمكن النظر إليها باعتبارها مكونة بدورها من أنساق شخصية فردية فنظام الأسرة كله يمكن اعتباره نسقًا له نقاط اتصال وتبادل مع أنساق خارجية مثل الأسرة الممتدة والجيرة، والتربية، والدين، والاقتصاد، والسياسة. وتوجد بين كافة هذه الأنساق حدود مشتركة، نقاط عبور وتماس تسمح بالاتصال والتبادل بحيث يتكيف الجميع مع تغيرات الحياة.

إلا أن هناك منظورا آخر وثيق الاتصال بمفهوم النسق، ألا وهو منظور الأسرة ككائن حي نام، الأسرة ككيان يتغير وله دورة حياة. صحيح أن الأسرة تحاول دائما الإبقاء على الحالة الراهنة وتقاوم التغيير، وتحمل داخلها عوامل المقاومة والبقاء ولكنها بالإضافة إلى ذلك عليها أن تكون مرنة وقابلة للتكيف مع تغيرات النمو والتغيرات الناتجة عن تغير حاجات ومطالب أعضائها. ومن هنا جاء مفهوم دورة حياة الأسرة. ويعني هذا المفهوم أن للأسرة مراحل متتالية تحدث خلال

دورة الحياة النموذجية للأسرة. وتعتمد هذه المراحـل علـى مهام النمو التي توجهها الأسرة خلال وجودها. وهناك مـن يرى أن للأسرة ثماني مراحل نمو هي: -

١ – أسرة مكونة من زوج وزوجة فقط.

٢ – أسرة ذات أطفال.

٣ – أسرة ذات أطال يذهبون إلى المدرسة الابتدائية.

٤ – أسرة ذات أطفال يذهبون إلى المدرسة الثانوية.

٥ – أسرة ذات أطفال مراهقين.

٦ – أسرة كمركز تفريخ (أسرة منتجة لأسر).

٧ – الأب والأم يصلان إلى منتصف العمر.

٨ – الأسرة في التقاعد (وفاة أحد الزوجين).

بالإضافة إلى العديد من النماذج الأخرى التـي تتخـذها العديد من الأسر وخاصة في بعض البيئات العربيـة حيـث يجمع الرجل بين أكثر من امرأة وله منها أطفال إلى درجـة أنه لا يذكر أسماءهم وقد يجمع الرجل بين زوجته الشـرعية والعديد من النساء الأخريات واللاتـي تـزوجهن بطريقـة شرعية أو عرفية دون علم الزوجة الأولى (محمـد حسـن غانم، ٢٠٠٠). كما نجد أن العديد من الأشـكال الأخـرى

للأسر مثل الأسر التي لا تنجب، أو امرأة مات عنها زوجها ويقوم رجل بالإنفاق عليهم، ويدخل عليهم في أوقات محـددة دون أي ارتباطات رسمية.

وهناك تقسيم آخر لدورة حياة الأسـرة يصـنفها فـي ٦ مراحل كالجدول التالي:

المرحلة	**المبادئ الأساسية للعمليات الانفعالية خلال المرحلة الانتقالية**	**التغيرات الأساسية**
١ – فيمـا بـين الأسـر، الشـاب والشابة في سـن الزواج	الأبوان يقبلان بانفصال الابن أو الابنة	١ – تمـايز الـذات فيمـا يتعلـق بالأسرة الأولية. ٢ – قيام علاقات حميمة بين الطرفين. ٣ – استقرار الحالة الاقتصادية.
٢ – انـــدماج الأسرتين بالزواج	الالتزام بالنظام الجديد	١ – إنشاء علاقـة زواجيـة (نظـام الزواج) ٢ – إعـادة رسـم حـدود الأسـرة والعلاقات مع الأسر الأصـيلة بحيـث تتضمن الزوجة الجديدة
٣ – الأسرة ذات الأطفال الصغار	قبول أعضاء جدد فـي النسق	١ – تعديل نسق الأسرة ليسمح بدخول أطفال. ٢ – اتخاذ الدور الوالدي. ٣ – إعادة تعديل العلاقات مع الأسـرة

		الأولية لتسمح بالـدور الوالـدي ودور الجد.
٤ – الأسرة التي لهـــا أطفـــال مراهقون	ازدياد مرونـة الحـدود العائلية لتسمح بوجـود أطفال لهم استقلال	١ – الخروج من دائـرة علاقـة الأب والابن بحيث يمكن للمراهق أن يـدخل ويخرج من النسق. ٢ – توجيه الاهتمام لمشاكل منتصـف الحياة. ٣ – بداية الاهتمام بالجيل الأكبر.
٥ – دفع الأطفال في طريق الحياة	قبــول تعــدد دخــول وخروج الأشخاص إلى نسق الأسرة	١ – إعادة التفاوض بشأن نظام الزواج الثنائي. ٢ – نمو علاقات راشدة بين الأطفـال الذين كبروا وآبائهم. ٣ – تصحيح العلاقات لتشمل الأصهار والأحفاد. ٤ – معالجة أنـواع العجـز ومـوت (الأجداد)
٦ – الأسرة فـي المراحل المتأخرة	قبول انتقال الأدوار بين الأجيال	١ – الحفاظ على القيام بالوظائف فـي وجه التدهور البدني واستكشـاف أدوار أسرية جديدة. ٢ – دعم الأجيال الوسطى للحصـول على أدوار مركزية.

		٣ – توسيع النسق لقبول حكمة ودعم الأجيال الوسطى للحصول على أدوار مركزية. ٤ – توسيع النسق لقبول حكمة وخبرة الأجيال القديمة دون المبالغة في إعطائهم وظائف. ٥ – معالجة وفاة شريك الحياة، والأبناء والرفاق والاستعداد للموت. ٦ – مراجعة الحياة والتكامل.

ويرى أصحاب هذا النموذج أن الانتقال من مرحلة لأخرى ذات مهام مختلفة يمكن اعتباره حالة انتقالية من الشدة أو الضغط. وهذه الحالات تتطلب أنواعا جديدة من المثل العليا والتحالفات وتبادل الأدوار وقواعد جديدة للأسرة مما يخلق ضغوطًا ويحمل إمكانية خلق أزمات قد تحل بطريقة بناءة أو في حالة نكوص المريض عندئذ يعاني آلام التكيف مع الظروف الجديدة. وبهذا الشكل قد تكون آلام بعض الأسر هي آلام طبيعية وأن تكون الضغوط والشدائد هي سمات طبيعية لكافة الأسر ويكون من المألوف إذن أن تمر بعض الأسر بهذه المراحل بشكل أسهل من بعضها الآخر.

خصائص النسق: -

تعتبر الأسرة نسقًا مفتوحا ولهذا النسق الأسري خصائص هامة هي: الكلية والعلاقات والخضوع للأحوال الراهنة وهي خصائص يجب الإشارة إلى ما تعنيه في عجالة:

الكلية:

تشبه القاعدة الجشطالتية المعروفة " الكل أكبر من مجموع الأجزاء المكونة " فلا يكون النسق مجـرد حاصـل جمـع مكوناته كل على حدة وإنما يشمل أيضا تفاعل هذه الأجـزاء مع بعضها البعض ويترتب على ذلك أننا لا نسـتطيع فهـم جزء من المكونات إلا إذا فهمنا صلته ببقية الأجزاء ويعنـي هذا من الناحية العلاجية أننا لا بد أن نرى المريض أو الفرد المشكل في سياق حياته خاصة علاقته بأسرته.

والكلية هنا تعني الاعتماد المتبادل بين مكونات النسـق. الكل إذن هو أكبر من مجموع أجزائه ومختلف عنها أيضـا. وهكذا تتكون الأسرة من أعضائها وكذلك من العلاقات بـين هؤلاء الأفراد.

العلاقات:

تشير إلى خاصية النسق ويدخل في اعتباره ما يحدث بين أجزائه كما يفحص التعاملات بينهما، ونقطة التركيـز فـي النسق هي ما يحدث وليس لماذا يحدث. وهذا الانتقـال فـي نقطة التركيز أو الاهتمام إنما جاء أو نشأ نتيجة لجعل النسق هو التصور الأساسي لا جعل الأفراد المنعزلين هـم مركـز الاهتمام. ويصبح السؤال عن " ما " " يحدث " فيسأل المعالج الأسري " ماذا تفعل الأسرة – بدلاً من أن يسأل – لماذا تفعل الأسرة ذلك؟ ".

فإذا كانت التفاعلات الجارية بين أعضاء النسـق يمكـن رؤيتها وفهمها فإن المعالج الأسري يعتقد أنه مـن الممكـن إحداث تحسينات في النسق دون الكشف عن السبب في وجود النمط. إن المعالج الأسري ينتقل اهتمامه عن ما يدور داخل أعضاء الأسرة إلى ما يدور في داخل أعضاء الأسرة.

الخضوع للأحوال الراهنة:

ويعني هذا أنه إذا حدثت التدخلات العلاجية " هنا أو الآن " فإن التغيرات يمكن إحداثها. حيث إن الأنساق المفتوحـة لا تتحكم فيها ظروفها الأولية. فالنسق ليس له " ذاكرة " ولهـذا

المفهوم أهمية هائلة للعلاج الأسري إذ إنه يبرر التركيز على "هنا" و"الآن". فبصرف النظر عن أصل المشـكلة فـإن أي صعوبة يمكن التخاص منها إذا حدث تغيير في أي نقطة في الوقت المناسب في النسق. ويقول " سلفانوأريتي " (١٩٦٩) أن تجنب الدخول في الماضي أو ما يسميه " خدعة التكوين " قد تكون أهم مساهمة أدخلها التفكير النسقي في مجال العلاج. فتركيز معظم الأنساق العلاجية تقريبا خاصة السـيكودينامية على الماضي وتبحث عن الأسباب الكامنة وتقديم التفسيرات للأحداث الماضية معلنة بذلك أن المشكلة الحقيقية تقـع فـي الماضي.

والمعالج الأسري لا ينكر أهمية الماضي ولكن يؤكـد أن ما يفجر المشكلة هو التفاعل الحالي داخل النسق.

مثال: نفترض أن شخصا بدأ يتعاطى الشراب بكثيرة منذ عشرين عاما لأنه كانت لديه مشكلات لم يستطع حلهـا مـع والدته ولكنه عندما يتعاطى الشراب الآن قد يكون ذلك راجعا للعلاقات الحالية مع زوجته. فإذا استطعنا تغيير التفاعل بين الزوج والزوجة فقد يمكن تغيير تعاطى الشراب دون اللجوء إلى مسألة السبب أو الماضي، لأن مبـدأ سـيطرة اللحظـة

الراهنة له الكثير من التطبيقات العملية بشأن الطريقة التـي يمارس بها المعالج تدخلاته في النسق الأسري.

العلاقات الثلاثية:

يرى بوين (١٩٧١) أن سلسلة من العلاقـات الثلاثيـة المتشابكة هي الأحجار الأساسية في نسق العلاقات الأسـرية فالأسرة هي شبكة علاقات انفعالية تتكون من سلسـلة مـن المثلثات المتداخلة التي تعطي للنسق دوامه واستقراره، فهي الوسائل لتخفيف أو زيادة شدة الانفعالات في النسق. ويمكـن صياغة هذه الفكرة كالتالي حيثما يشتد التوتر أو الاختلال في الميزان الانفعالي بين شخصين فإنه يمكن إدخال طرف ثالث ليعيد التوازن إلى النسق ويضفي عليه ثباتًا.

أما سلفادور مينوشين (١٩٧٤) وأصحاب البنيوية بشكل عام فيهتمون بالمثلثات فـي الأسـرة الأوليـة " الأب والأم والطفل ". إلا أن الاثنين يعملان من خلال العلاقات الثلاثيـة كطريقة لإحداث التغيرات ولا يهتمان بالأفراد في حد ذاتهم.

الفيد باك:

تعمل نظرية الأنساق وفقًا لمفهوم الفيد باك وهو العمليـة التي يتوافق أو يتكيف النسق بواسطتها على أساس اسـتخدام

المعلومات الناشئة عن النسق لتصحيح مساره وهناك فيد باك سلبي وهو العملية التي يتم بها تصحيح الانحراف في النسق. أما الفيد باك الإيجابي فهو يهدم النسق عن طريـق إرغامـه على التغيير ولا يسمح له بالعودة إلى حالته السابقة.

وهناك نمط إكلينيكي تكثر ملاحظته بين مفهوم الفيد بـاك ويجري كالآتي:

يلجأ والد الطفل (شريف) إلى المعالج النفسي ليساعدهم فيما أصاب ابنهما من " خوف المدرسـة " (الامتحانـات). ويرى المعالج الأسري مشكلة شريف باعتبارهـا اسـتجابة لنسق الأسرة. فهو قريب جدا من أمه وبعيد جدا عن أبيـه. ويرى أن حالة شريف – المريض المعين – غطاء لمشـاكل بين الأبوين ومن ثم يناقش مع الأبـوين مشـاكل حياتهمـا الزوجية. ومن ثم يرتاح " شريف " ويبدأ في الـذهاب إلـى المدرسة. أما الزوج فتسوء حالته يتم الكشف شيئًا فشيئًا عن المشكلة بين الأم والأب، ويحس الطفل " شـريف " بالحـال السيئ ويبدأ في الخوف مرة أخرى. ويعـود الأبـوان إلـى التضامن " من أجل الطفل " وهكذا يمكن القول إن الخـوف

من المدرسة عند شريف هو " فيد باك سلبي " يعمـل علـى إعادة وتدعيم النسق القديم.

أما الفيد باك الإيجابي فلا يتدخل المعالج فيـه لتصـحيح الأعراض وإنما يدفع المشكلة إلى الطرف المضـاد حيـث يسقط النسق من تلقاء نفسه. ويستخدم هذا الأسلوب سـخافة العرض ولا مسئوليته وبدلاً من أن يستعيد التوازن يحركـه إلى أقصى نهايته حيث تؤدي الفوضى والاضـطراب إلـى تدميره النهائي. الفيد باك الإيجابي هو أداة إكلينيكية لا غنـى عنها للمعالج الأسري وهو مثال على استخدام الجميـع بـين النقيضين في العلاج النفسي.

الاضطرابات النفسية في الأسرة:

يعيش الفرد داخل الأسرة، ولـو تحـدثنا عـن الأسـر المضطربة فقد لاحظت فريدة فروم ريخمان frieda. from. Reichmann أن الأسر المضطربة يغلب عليها وجـود أم تكون في الغالب منجبة لطفل غير سوي أطلقت مصـطلحها الشهير: الأم المنجبة للفصام وهي عـادة تتميـز بسـمتين: الحماية الزائدة للطفل بحيث تعوق حركته وتلقائيته؛ عدوانية شديدة مسيطرة على الولد (حيث أحيانًا ما تخفـي العنايـة

الزائدة سلوكًا تدميريا) وفي نفس الوقت لا تبالي بمشـاعر الآخرين بل تتعامل معهم من منطلق: البرود الانفعالي وعدم التفاعل العاطفي لكن بعد ذلك لاحـظ المهتمـون بالأسـرة ومشاكلها خطأ اقتصار تحمل الأم مسئولية أن تكون مسئولة عن الأطفال المضطربين؛ واسـتبدال هـذا المصـطلح الأم المنجبة للفصام schizophrenongenic الأسـرة المولـدة للمرضى pathogenicfamily، وهذا من وجهة نظرنا هو الأصح لأن طبيعة التفاعل بين الوالدين قد يقود إلـى سـواء الأطفال أو إلى إصابتهم بالأمراض والاضطرابات.

(صالح حزين؛ ١٩٩٦؛ ٨ – ١٥)

الاضطرابات الأسرية: محاولة للتشخيص:

يمكن تصنيف هذه الصور إلـى ثـلاث مسـتويات مـن التفاعلات هي:

المستوى الأول:

العمليات التي تخلق مناخًا غير سوي في الأسرة وتشـمل المستويات الآتية:

١ – أنسنة ولا أنسنة الأشخاص: ونعني بهذا المسـتوى النظر إلى الأشخاص وتجريـدهم مـن (معـانيهم

الإنسانية) والنظر إلـيهم (كأشـياء) يمتلكونهـا، ومادام امتلاك الشخص الشيء لابد أن يحـافظ عليـه مبررا ذلك بالعديد من المبررات من قبيل: الحـب، المصلحة، الرغبة في أن يتفوق، أن يعـيش سـعيدا خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار صفة التملك في ثقافتنا المصرية والعربية، كالابن يظل في نظـر الوالـدين (طفلا صغيرا) إلى رعاية وتوجيه، وكـذا البنـت (حتى بعد أن تشب عـن الطـوق وتتـزوج إلا أن أسرتها قد لا تسمح لها بأن تستقل بحياتها بل لا بـد من تقديم (تقرير مفصل لإيقاع حياتها) والأسـرة تفعل ذلك من واقع: الاهتمام بالأولاد ... ولا شك أن الابن الذي (ينشأ) في مثل هذه البيئة سوف يمارس (لا شعوريا) هذه السلوكيات تجاه أبنائه مطبقًا دون أن يدري المثل الشعبي الشهير: كله سلف ودين ...، واعمل يا فقي في ولدك هتتلقي.

٢ – الحب المصطنع والزائف والكاذب للطفـل: حيـث يكون الوالدان غير ناضجين – على الأقل من الناحية الانفعالية فإن ذلك ينعكس على الطفل. أمـا موقـف

الطفل من هذا الحب المشروط بضـرورة الطاعـة وإلغاء (التفرد) و(الخصوصية) الشخصية فإنـه يحدد موقفه في أمرين لا ثالث لهما:

الأول:

أنه يكتشف أن الحب الممنوح له من قبل الوالدين مزيـف وهنا يتظاهر بالطاعة ويستخدم سلاح الكذب والمراوغة وقد تخرج في مدرسة (تعليم مهارات الكذب) وإخفاء الحقيقة.

الثاني:

أن الطفل يرفض هذه (المداهنة) والدخول في (نطاق) وهنا يكتشف سر هذه الأكاذيب وهذا يقود إلى ردود أفعـال غاضبة من قبل الزوجين ويجعلهما في غاية القلق من هـذا الابن (العاق) رغم ترديدهما سيمفونية: الأسرة؛ التقـدير؛ الولاء؛ الاحترام.

٣ – الأسرة المدمجة:

وهي نسق من الأسرة تكون العلاقات فيها مصمتة، مغلقة رافضة أي تغيرات أو حتى لو كانت هناك تجاوزات – مـن أحد أعضائها – فلا يتحـدثون عنهـا، كمـا يرفضـون أي

محاولات للاستغلال، وأن الطفل (حتى وإن كبر) سـوف يظل طفلاً، وهنا قد يتعمد – شعوريا أو لا شعوريا – أحـد الوالدين إلحاقه بهذا الاستقلال (الزواج مثلاً).

٤ – جمود الأدوار في الأسرة:

حيث يتخذ بعض أفراد الأسرة أدوارا إيجابية؛ وبعضـها الآخر يتخذ أدوارا سلبية، وتظل هكذا تسـير الأمـور دون تغيير يذكر، خاصة إذا كان الدور السلبي يؤديه الطفل ممـا يجعله يتوصل إلى حقيقة مؤداها أنه يجـب عليـه أن يظـل (حبيسا) لهذا الدور مما يعيق نموه وتطوره.

(علاء الدين كفافي؛ ١٩٩؛ ٢٠ – ٤١)

المستوى الثاني: بعض العمليات اللاسوية وتشمل:

١ – التبادلية الكاذبة:

حيث إن هناك ثلاث صور للتفاعل: أي وجود علاقـات (تبادل) وعدم وجود علاقات (لا تبادل)؛ تبـادل كـاذب حيث إن السطح الذي يظهر للآخرين عكس حقيقـة الأمـر (تبادل للعواطف ظاهريا؛ جمود وبرود في العلاقة حقيقيا).

٢ – التعمية أو التزييف:

وهذا المصطلح قد اسـتعاره ليـنج laing مـن مجـال الاقتصاد الاشتراكي إلى مجال العلاقات الإنسانية حيـث إن الوالدين يقنعان ابنهما مثلاً: أنه سعيد؛ وأنه يعيش في ظروف رائعة بالمقارنة بالأطفال الآخرين، على حين يشعر الطفـل أنه ليس كذلك، مما يجعل الطفل في النهاية يسلم بأنه فعـلاً سعيد؛ كما يدخلان في (غربة) عن الذات وافتقاد الاعتمـاد على الذات والاعتماد على الآخرين فـي تفسـير مشـاعره (وغالبا ما يحدث ذلك في أسر الفصاميين كما لاحظ العديـد من الباحثين).

علاء الدين كفافي، ١٩٩٨؛ ٢٠٧ – ٢٣٠

٣ – المثلث غير السوي: -

ويتكون من الوالدين وأحد أطفالهما. وهو يحدث غالبا: في الأسر التي تكون مشحونة (بالتوتر) بين الطرفين وهنا يلجأ الوالدان بحبهما إلى أحد أطفالهما مكونين الضلع الثالث مـن المثلث وعلى الطفل أن يقوم بدور (رمانة الميـزان) بـين الوالدين، وعليه أن يكون ناضـجا انفعاليـا متسـامحا إزاء (هفوات) الطرفين المكملين للمثلث؛ وفي الغالـب يفشـل

الطفل في القيام بدور (لم يعد له عقليا وبدنيا) بعد، وهـذا يجعله يقع صريعا للمرض.

٤ – كبش الفداء: -

حيث يختار أحد الوالدين أو كليهما أحد أطفالهما ليكـون كبش فداء أو (فسوخة للأسرة) وغالبـا مـا تتـوافر فيـه مجموعة من الشروط: -

كأن يكون تاريخه الدراسي مرصعا بالفشل، أو صـاحب عاهة ... مما يجعله ذا مكانة في الأسرة، وهنا تصـل إليـه لاشعوريا الرسالة، فيستمر في أداء دوره – كما يتوقع منـه الآخرون فإن رسب يستمر في الرسوب، والممزق يستمر في التمزق ... وهكذا.

المستوى الثالث

الاتصال الخاطئ في الأسرة ويتمثل في: -

١ – الرابطة المزدوجة: -

وتعبر عن خطأ في صور الاتصال؛ فالطفل مثلا يتلقـى أمرين متعارضين من أحد الوالدين مما يترتب عليه كثير من النتائج.

٢ – عدم نضج الوالدين: -

أي عدم نضج الوالدين في تعاملهما مع الطفل وقد حـدد بوين ثلاثة أجيال على الأقل ليظهر المرض في أحد الأبناء؛ حيث يكون الارتباط بالابن ارتباطا ذكيا قلـيلاً معوقًـا، لـه استقلال النمو.

(bowen , et al ., 1961 , 413)

الفصل الثاني عشر
دراسات تطبيقية وخبرات شخصية
في العلاج النفسي الجمعي

الفصل الثاني عشر
دراسات ميدانية وخبرات شخصية

مقدمة:

لأسباب متعددة أصبح العلاج النفسي الجمعي يكتسب المزيد من التأييد والاستخدام الواسع في كافة المجالات العامة وخاصة في وجود الأعداد الكبيرة في أماكن متعددة مثل المرضى في المستشفيات العامة والخاصة، وفي الجيش، وفي العيادات والمؤسسات ومراكز إرشاد الطفل. إضافة إلى إحداث العديد من التغيرات الإيجابية في اتجاهات المجتمع. فمثلاً لم تعد المستشفيات النفسية والعقلية مكانًا لحجز المرضى وعزلهم عن كل ما يحدث في المجتمع، وإنما أصبح وظيفتها العلاج وإقامة الروابط والصلات بين المرضى وبين المجتمع، إضافة إلى أنه في الوقت الذي تزايد فيه الأفراد لم يزداد أعداد المعالجين بنفس القدر، ولذلك وجد المسئولون عن الصحة العقلية في العديد من البلدان الأوربية مثلاً – أن العلاج الجمعي هو السبيل الأكثر فاعلية للتعامل مع كل هذه الأعداد والتي تتزايد يوما بعد الآخر. ويقدم هامسلي نموذجا لذلك بعلاج مرضى الفصام إذ يترددون على

المستشفى مع الحرص على انفتاحهم مـع الواقـع المعـاش خارج المستشفى مرة أخـرى (هامسـلي، ٢٠٠٠، ٣٥٩ – ٣٨٠).

إضافة إلى ما شهده هذا العصر الحديث وسقوط العديد من الأفراد ضحايا للأمراض النفسية والعصبية المختلفـة، ممـا تزايد معه حجم الإصابة بهذه الأمراض، إضافة إلى اكتشاف أن العديد من الأمراض العضوية والتي لها أساس نفسـي أو ما تسمى بفئة الأمراض السيكوسـوماتية Pschosomatic وهي حقيقة قد فطن إليها العرب منذ القدم إلى ما للأمـراض النفسية من أثر في إحداث التغيـرات البدنيـة والأمـراض الجسمية وأثبتتها الأبحاث الحديثة. (محمـود أبـو النيـل، ١٩٩٤).

وسوف نشير في عجالة إلى إمكانية المجالات التي يمكن أن تطبق فيها فنيات العلاج النفسي الجمعي وهي: -

أولاً: المرضى في المستشفيات العامة:

لعل من نافلة القول أن نعيد التذكير بـأن بدايـة العـلاج النفسي الجمعي بدأت عملية/ تطبيقية علـى يـد " جوزيـف هيرسي برات " ببوسطون والذي بدأ هذا الاتجاه في عـلاج

مرضى السل، بل وأسس لهذا الغرض تلك المنظومة التـي سميت بفصول السل، وكان الهدف الأول من إنشـائها هـو إيجاد خطة علاجية لذلك الهزال التدريجي الذي يسببه السـل من خلال جلسات (فصول) علاجية نفسية. (رغم أن السل في الأساس مرض عضوي).

ويمكن تطبيق فنيات العلاج النفسي الجمعي في العديد من عنابر المستشفيات العامة والخاصة بل يمكن تطـوير هـذا العلاج وتقديم نموذج مختلف من الخبرة العلاجية/ الجمعيـة يعرف باسم: المجتمع العلاجي، ويشتمل هذا الشـكل علـى محاولات لإعادة تشكيل بيئة المستشفى لجعلها بيئة علاجيـة ومفيدة، وخاصية أساسية للمجتمع العلاجي وهو قيامه علـى فلسفة الديموقراطية حيث يشاركون في اتخاذ القرارات التـي تخصهم وتؤثر عليهم في قيادة أنفسهم بل ويشـاركون فـي التنظيم ووضع الخطط ... وهكذا.

وسوف نكتفي فقط بالإشارة إلى فئتـين مـن المرضـى يحتاجون إلى العلاج النفسي جنبا إلى جنب بل وقبل إجـراء العمليات الجراحية.

أ – فئة السرطان Cancers:

حيث أثبتت العديد من الدراسات أن إصـابة مثـل هـذه الفئات يعود إلى ازدياد القلق والاضطراب والاكتئاب وقلـق الموت، إضافة إلى أنهم أكثر حساسية وتوترا بالخوف الـذي يسببه لهم، وأقل اهتماما بمظهرهم الشخصي، إضـافة إلـى صعوبة الاتصال الوثيق بالواقع، وظهور انهيار في العلاقات الاجتماعية، إضافة إلى الفشل في ضبط الانفعالات. والمعاناة من اضطرابات في العلاقات العائلية وغيرها من السمات.

لذا يكون العلاج النفسي الجمعي أمرا حتميا وضـروريا لمثل هذه الفئة، ويكون إجـراء العـلاج النفسـي الجمعـي (واستخدام فنيات التطمين والتشـجيع والتـدعيم والشـرح والتفسير) لمثل هذه الفئات قبل العملية الجراحيـة وبعـدها (خلال فترة النقاهة)، ومن خلال تلقي تدريبات من المساندة النفسية. مع مراعاة طبيعة الفئة المصابة بالسرطان، إذ طبق مثلاً كوتنر ثلاث أنواع من العلاج علـى أطفـال مصـابين بالسرطان: الأول يعتمد على التمثيل والتصور للإقلال مـن الألم، واستخدم في الثاني العلاج السلوكي حيث يقـوم فيـه الأطفال بترتيب وتنظيم وتناول المهام المختلفة، والثالث تلقى

فيه الأطفال علاجا طبيا بسيطا. وقد تبين أن الألم والقلق قـد انخفضا لدى المجموعتين الأولى والثانية.

ب – مرض الإيدز:

أو الفيروس المسبب لنقص المناعة الذي يصيب الإنسـان H. I. V، ومرضى الإيدز – كما هو معلوم سريعوا التـأثر بالأورام الخبيثة والميكروبات، إضافة إلى حالة النبـذ التـي يعيشون فيها من خلال نظرات الآخرين السلبية لهم ولا أدل على ذلك من قول أحد المصابين بالإيدز " إنك لا تعيش الألم فقط، ولكنك تعيش منبوذًا من المجتمع، وحتى إذا مت فـإنهم يرفضون تجهيز جثتك ولا شيء يجعلك تشعر بالتعاسة أكثر من هذا ".

وتتعدد وسائل علاج الإيدز ما بين لقاح الإيدز واستعمال مثبطات الجهاز المناعي وغيرها من الطرق. وتأتي من بين هذه الطرق للعلاج وأكثرها فاعلية ذلـك العـلاج النفسـي الجمعي. ويكون هذا العلاج من خلال جمع مرضى الإيـدز في عنبر واحد ومن خلال تسهيل عملية التفاعـل. ينـاقش هؤلاء المرضى أحوالهم وتصوراتهم للمستقبل مع تـدريبهم على فنيات الاسترخاء وخفض القلق، إضافة إلـى اسـتخدام

العلاج النفسي العقلاني الانفعالي من خلال مناقشـة أفكـار معينة يعتقدون فيها، وتقليل العدوان لـديهم وتقـبلهم للأمـر الواقع، وزيادة جرعات الإيمان با لديهم لأن ذلك يكون لـه أكبر الأثر في خفض القلق والتوتر ومشاعر الضيق وقلـق الموت من الاكتئاب.

ثانيا: مرضى المستشفيات النفسية والعقلية:

ينشأ العلاج النفسي في كنف الأمراض النفسية والعقليـة لإحداث التغيرات المطلوبة في نفس المريض بواسطة وسائل نفسية، أي بدون وسائل كيماوية أو بيئية، وهما أمران كـان التكامل واختيار الأسلوب المناسب هام جـدا لكـل جماعـة علاجية على حدة.

وهذا يقتضي من المعالج القدرة على التصور والابتكـار والاستخدام المثل للفنيات المناسبة فـي الوقـت والجماعـة المناسبتين.

حتى مرضى الفصام يستخدم معهم العلاج النفسي الجمعي بالرغم من النظرة السائدة عن المريض بالفصام من حيـث عدم الاستبصار وضعف الأنا بحيث من الصعب حدوث أي تجاوب انفعالي. وهنا يأتي دور العلاج النفسي الجمعي بكافة

أنواعه في المستشفيات العقلية ليفيد في مثل هـذه الحـالات لإبعاده عن حالة العزلة، إضافة إلى احتياج المريض للعلاج النفسي حتى بعد شفائه لافتقاده الثقة في النفس، إضافة إلـى تدريبه على مواجهة نظرة المجتمع له مما قـد تقـوده إلـى الانعزال لو انساق وراء الأفكار التي تحاصره وهنا يجب أن يتدخل المعالج بعد الشفاء لزيادة حالة استبصـار المـريض محاولاً إعادة الثقة في نفسه، وإقناعه بأنه يستطيع الحياة مثله مثل أي مواطن عادٍ. وهذا يتم من خلال عملية إعادة التأهيل Rehabilitation (لافنـدر، واتـس، ٢٠٠٠: ٥٣٣ – ٥٦٤).

ولذا فإن العلاج النفسي الجمعي ضروري في فترة النقاهة وإلا فلن يستطيع المريض مواجهة الواقع، ومجابهة الحيـاة بأمل متفتح ويصبح لزاما عليه الانزواء في أحد الأركان دون طموح وإن كان كاتب هذه السطور يتفق مع د/ أحمد عكاشة (١٩٨٠ – ص ٢٠١) من عدم جـدوى العـلاج النفسـي الجمعي بواسطة التحليل النفسي مع مثـل هـذه الفئـة مـن المرضى لأنه قد يضر بالعديد من المرضى ومـن الفئـات المرضية ويزيد من الاستبطان الذاتي أو درجة تأمله الفكري

مما يجعله دائم الشكوى بل أحيانًا ما يتوافق مـع أعراضـه بالرغم من شلله الاجتماعي العام. ونقول كل ذلك بالرغم من وجود أطروحة للدكتوراه تصدى فيها حسـين عبـد القـادر (١٩٨٦) إلى اللجوء إلى " العلاج السيكودرامي لمرضـى الفصام والمعنونة " دراسة في المجتمعات العلاجية لمرضى الفصام البرانويا " والتي أوضحت بصورة قاطعة كيـف أن فنيات العلاج النفسي الجمعي المستندة إلى التحليـل النفسـي تستغرق وقتا طويلاً، إضافة إلـى عـدم ملاءمتهـا لجميـع المرضى بالرغم من وجود تحسن – قد سـجلته الدراسـة – لدى بعض أفراد عينة الدراسة.

أما في علاج الاكتئاب مثلاً فإن عبـد السـتار إبـراهيم (١٩٩٨) يشير إلى حقيقة أصبحت واضحة للعيان تمثلـت في تنوع الفنيات، وأن المعالجين النفسـيين السـلوكيين لـم يعودوا مقتنعين باستخدام فنية واحدة تصلح لكل الحالات بـل تنوعت وتعددت وتخصصت المراكز داخل الفريق العلاجـي النفسي السلوكي الجمعي، فنجد فريقًا يولي اهتماما ونشـاطًا لتعديل السلوك أو فريقًا آخر لتعديل الأفكار، وطائفـة ثالثـة لتعـديل المهـارات الاجتماعيـة وطائفـة رابعـة لتعـديل

الاضطرابات الانفعالية ... وهكذا. وسـوف نكتفـي بـذكر بعض الفنيات التي استخدمت بفاعلية مع نماذج متنوعة مـن السلوك الاضطرابي للاكتئاب:

١ – الاسترخاء أسلوب لعلاج الاكتئـاب واضـطراباته: حيث يقوم المعـالج بتـدريب المجموعـة العلاجيـة علـى الاسترخاء بعد جمع المعلومات عن المواقف التي تثير قمـة التوتر لدى الأشخاص – كما سبق وأن ذكرنا – والاسترخاء عموما يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللمجموعة استثمارها في تحقيق الأهداف الآتية: -

أولاً الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء – لدى الجماعة – إمكانية استخدامه مستقلاً أو مـع أسـاليب علاجيـة أخرى كالتطمين التدريجي أو التعويد التدريجي على التعامل مع المواقف التي ارتبطت في الماضي بإثارة الاكتئاب.

ثانيا: يمكن استخدام الاسترخاء أسلوبا من أساليب التدريب على المهـارات الاجتماعيـة وممارسـة نشـاطات تتعارض مع الاكتئاب كان يصعب علـى الشـخص القيام بها دون أن يكون هادئًا ومتماسكًا.

ثالثًا: يمكن أن يستخدم الاسترخاء بوصفه طريقة لمساعدة الشخص على اكتساب الهدوء إزاء المواقف السـابقة التي قد تكون مصـدرا للإثـارة الانفعاليـة عنـد الشخص. وبالتالي يساعد على تحديد المشاعر والقلق نمو الموقف أو النماذج المهددة أو الداعيـة للقلـق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

رابعا: يستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الأحيـان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة والتـي قـد تكون أحيانًا مـن الأسـباب الرئيسـية فـي إثـارة الاضطرابات الانفعالية والقلق والاكتئـاب وبالتـالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهـددة بصـورة عقلية/ منطقية.

خامسا: أمكن كذلك استخدام الاسترخاء في علاج كثيـر من المشكلات المرضية التـي تـرتبط بالاكتئـاب وتستثير التوتر النفسي مثل علاج حالات الضـعف الجنسي وخاصة حالات القذف السريع والناتج مـن القلق الشديد.

٢ – فنية توكيد الذات:

يمكن استخدام هذه الفنية بفاعلية فـي جلسـات العـلاج النفسي الجمعي عند الأفراد الذين يعانون من نقص في توكيد الذات. حيث أصبح مفهوم التوكيدية موجودا فـي المفـاهيم المستقرة والتي أثبتت فائدتها في العلاج النفسـي السـلوكي الجمعي، كما تنوع استخدامها بحيث أصبحت تشير إلى أكثر من معنى. ويمكن حصرها في النقاط الآتية:

١ – الدفاع عن الحقوق الشخصية الفرديـة المشـروعة سواء في الأسرة أو العمل أو كافة مواقف الاحتكاك.

٢ – التصرف وفق مقتضيات الموقف، ومتطلبات التفاعل في المواقف المختلفة.

٣ – القدرة على حرية التعبير بانفعال.

٤ – التصرف من منطلقات نقاط القوة فـي الشخصـية وليس نقاط الضعف بحيث لا يكون الفـرد ضـحية لأخطاء الآخرين أو الظروف.

٥ – التوكيدية تعني قدرا من الشجاعة وعدم الخوف مـن أن يعبر الفرد – داخل الجماعـة – عـن شـعوره

الحقيقي بما في ذلك القدرة على رفض الطلبات غير المعقولة أو الضارة بسمعة الشخص وصحته.

ويتم تدريب الأشخاص على التوكيدية من خـلال عـدة خطوات تبدأ بتجميع المواقف التي يشعر فيها الفرد بضـعف القدرة على التعبير عن المشاعر والافتقار إلـى التوكيديـة وحتى الخطوة الأخيرة والتي تتضمن الممارسة الفعلية الدالة على توكيد الذات، والتي يبدأ الفرد في التعبيـر عنهـا فـي مواقف متعددة داخل الجماعة حتى يكون قادرا على ممارسة هذا السلوك في الحياة الواقعية.

ونكتفي بهذا القدر من ذكر نماذج من التطبيقات العلاجية الجمعية لدى المرضى النفسيين والعقليين.

ثالثًا: العلاج النفسي الجمعي للأطفال:

يتسم الأطفال بأنهم لا يستطيعون تركيز انتبـاههم لمـدة طويلة، كما أن قدراتهم على التعبير اللغوي قاصرة في حين أنهم يميلون إلى التعلم واكتساب الخبرة والتعبير عن أنفسـهم من خلال أشكال اللعب المختلفة. وهذا ما دعا العاملون فـي الحقل الإكلينيكي إلى استخدام العلاج الجمعي باللعب علـى نطاق واسع مع الأطفال، ويشجع الأطفال في اللعب الجماعي

على أن يصفوا عالمهم كما يرونه، الأمر الذي يساعدهم في الإفصاح عن مصاعبهم وإسقاط مشاعرهم واتجاهاتهم علـى ألعابهم في مستوى تخيلي. ونظرا لأن موقف العلاج الجمعي يتشابه مع الموقف الأسري من بعض الوجوه – تكون أمـام المعالج فرصة ممتازة لوضع تفسيراته وتفهم مشاعر الغيـرة والاستسلام والحرمان العاطفي وغير ذلك (انظر لتفصـيل الفصل الذي كتبناه عن العلاج النفسي الجمعي باللعب في هذا الكتاب).

وقد يشارك الوالدان الأطفال في جلسات العلاج النفسـي الجمعي لأنه بطريقة أو بأخرى قد يكون الوالدان أو أحـدهما هو السبب الرئيسي والمباشر لاضطرابات سلوك الطفل مما يجعل الكثير من المعالجين ينصحون الآبـاء إمـا بـالعلاج الفردي أو للانضمام إلى جماعات الإرشاد الخاصة بالآبـاء لتدريبهم على الأسس والمبادئ والتي تساعدهم علـى تفهـم أسس التعامل الوالدي، ومساعدتهم على تفهم أسلوبهم الخاص في هذا التعامل مع الأطفال، ولذا نجد مستشفيات الأطفال في كثير من بلدان العالم تقدم نموذجـا آخـر للعـلاج النفسـي الجمعي، وذلك للتخفيف من المشكلات الانفعالية التـي تلـي

العمليات الجراحية كالمخاوف ونوبات الربو والحنـين إلـى البيت وغير ذلك، ولذا فقـد أسـهم المعـالجون النفسـيون الجمعيون في تطوير حركة العلاج الجمعـي ذات الأهـداف السيكولوجية التعليمية، فقد استخدموا هذه المناهج في عـلاج المشكلات التي تنظر إليها أحيانًا على أنهـا سـيكوباثولوجية أحيانًا على أنها اضطرابات في عملية التعلم مثل التهتهـة أو النطق الطفلي أو العجز عن القراءة أو العجز عن التكيف مع المدرسة ... الخ والخلاصة أن العـلاج النفسـي التحليلـي الجمعي يحقق إقامة علاقات متنوعة بين المعـالج والطفـل المشكل وبين الأطفال بعضهم البعض حيث يسمح هذا العلاج بتحقيق التنفيس والاستبصار واختبار الواقع والتسامي بحيث يقود إلى خلق توازن جديد للشخصية. إضـافة إلـى كتـاب عبد الستار إبراهيم وآخرين عن العـلاج السـلوكي للطفـل (١٩٩٣) وكيف أن العلاج النفسي الجمعي للأطفال يمتـد إلى استخدام العديد من الفنيات السلوكية مع الأطفـال وفـي العديد من المواقف المشكلة مثل حالات الصعوبات الدراسية وتشتت الانتباه، والأطفال المكتئبين/ والأطفـال الخجـولين

المنعزلين إضافة إلى العديد من النماذج السـلوكية المـدمرة للشخص والتي تقود إلى سوء علاقته بالآخرين.

رابعا: العلاج النفسي الجمعي للمدمنين:

يستخدم العلاج النفسي الجمعي بكفاءة مع المدمنين بالرغم من العديد من المشاكل من قبيل الافتقار إلى الدافعية والإجبار على العلاج من قبل الأسرة وغيرها من العوامل التي تبـدو وكأنها تختلف عن علاج الفئات الأخرى إضافة إلـى عـدم التعامل مع المريض علاجيا إلا بعد المرور بتجربة التخلص مـن الأعـراض الانسـحابية والآثـار التسـممية Detoxification ولذا فإن علاج مثل هذه الفئة، إضافة إلى من يقوم بالعلاج يجب أن يعلم حقيقة مثل هـذه المشـكلات المرضية (الإدمان) والتي لها خصائص تميزها ولذا فـإن فن علاج الإدمان يتلخص في التغلب على تلك الكمية الهائلة من الأفكار والمقاومة السلبية أو الإيجابيـة التـي يمتلكهـا المدمنون. لأن الهدف الأساسي من علاج مرضى الإدمـان هو أن نجعلهم يدركون ويفهمون العلاقـة بـين مصـاعبهم الحالية في الحياة وتعاطيهم للكحوليات أو المخدرات، وإذا تم

ذلك فإننا نجعل المدمن يرى المزايا التي تعـود عليـه مـن الامتناع مقارنة إلى المشكلات التي تعود عليه من الإدمان.

ومن خلال الخبرة – لكاتب هذه السطور – في علاج مثل هذه الفئات المدمنة اتضح أنه لا توجد فنيات معينة نوصـي بها، بل تتنوع الفنيات وفقًا لطبيعة الأفراد غير أنـه كشـرط كان يمنع دخـول الفئـات المضـطربة أو ذات التشـخيص المزدوج ما لم يتم السيطرة على الأعراض عضويا، إضـافة إلى الأشخاص الذين يعانون الخجل، حيث كان يتم علاجهـم فرديا ثم يدفع بهم إلى العلاج الجمعي مستخدمين العديد مـن فنيات التدعيم والتطمين والتدرج وإزالة الحساسية والمدعمات الإيجابية، وهكذا كانت تتنوع الفنيات وربما داخـل الجلسـة العلاجية الواحدة.

خامسا: العلاج النفسي الجمعي للمراهقين:

استخدم الإكلينيكيون الذين يحترفون العلاج الجمعي هـذا الأسلوب من العلاج النفسي/ السلوكي الجمعي لعلاج جماعة المراهقين، وتتسم مرحلة المراهقة بأن المراهق يقف علـى الحد بين الطفولة والبلوغ، فهو لم يعد طفلاً كما أنه لم يصبح بعد بالغًا. ولذا فإنه في هذه السن الحرجة تظهر عليه تغيرات

بيولوجية هرمونية تغير من دوافع المراهق وحاجاته من رؤيته للعالم من حوله الأمر الذي يقوده إلى تفجير بعض المشكلات الشائعة في مرحلة المراهقة.

ولذا فإن العلاج النفسي الجمعي لمثل هذه الفئات قادر على تفجير مشاعر الغيرة بين الأخوة ومواقف الصراع بين الابن والأب تلك المشاعر التي تكون المادة الخام التي يتعامل معها المعالج. إضافة إلى قدرته في التعامل مع بعض الفئات مثل تجميع مراهقين مشهور عنهم الشغب في الدراسة مثلاً، أو وجود ميول عدوانية تجاه المدرسين والناظر والإدارة ويتم وضعهم في مجموعة واحدة نظرا إلى أن اهتماماتهم مشتركة ومشكلاتهم متشابه، الأمر الذي يسهل على المعالج طرح هذه المشكلات ومشاركة الجميع والتعبير عن مثل هذه الانفعالات والتي تسبب مثل هذه الاضطرابات السلوكية.

ويرى سبوتنتز Spotinitz ضرورة تقسيم جماعات المراهقة إلى فئتين تشخيصيتين يحتاجان إلى أسلوبين في العلاج مختلفين.

أ – المرضى المشحونون انفعاليا بشدة ومن السهل استثارتهم.

ب – المرضى المحرومون انفعاليا بشدة ويميلـون إلـى الارتباط بالسلطة في صورة طفلية اعتمادية.

وتحتاج المجموعة الأولى إلى تدخل بسيط جدا من المعالج وإلى بيئة هادئة وبناءة، أما المجموعة الثانية فتحتـاج إلـى اتصال وثيق بالمعالج وتشعر بالارتياح من خلق مناخ أسري داخل الجماعة. وأيا كان الأسلوب المتبع في تصـنيف مثـل هذه الفئة سواء إلى مشكلات أو إلى (النوع: ذكور/ إناث) فإن اختيار الفنيات المناسبة للتعامل مع مثل هذه الفئات هـام وضروري للتعامل وبكفاءة معهم.

سادسا: العلاج النفسي الجمعي للمسنين:

ازداد عدد المسنين في عصرنا الحالي ازديادا كبيرا نتيجة للتقدم الصحي والغذائي في معظم أنحاء العـالم وانخفـاض نسبة الوفيات. ومع هذه الزيادة في قطاع المسـنين ازدادت بالتالي مشكلاتهم وتنوعت وأصبحوا في حاجة إلـى تقـديم مزيد من الخدمات النفسية لهـم وخاصـة العـلاج النفسـي الجمعي والذي يساعد على التخفيف من المـزاج الاكتئـابي ويزيد من حالات اليقظة والانتباه والاهتمام بكل ما يدور من

حوله بل إن أزمة التقاعد تعد من الأزمات التي قد تقود مـن الاضطرابات النفسية والعقلية وربما الانحرافات السلوكية.

إضافة إلى أن أسر المسنين سوف تستفيد مـن التحسـن الذي يحرزونه في العلاج الجمعي. فكثير من هـذه الأسـر يمزقها الشعور بالذنب وتتهم نفسها بالإهمال والتنكر للجميل نتيجة انشغال أعضاء الأسرة بهموم الحياة، وإن هذه المشاعر ستتخفف كثيرا بسبب التحسن الذي يطرأ على مزاج المسـن واستمتاعه بالعلاقات الاجتماعية والكفاءة العقلية، ولذا فإنـه يمكن عمل علاج نفسي جمعي للمسنين داخل المستشـفى أو مراكز الرعاية الخاصة بهم كما نستطيع عمل جلسات علاج نفسي جمعي للمسنين القادرين على التـردد إلـى العيـادات الخارجية أو أية مراكز عناية أخرى. وتتضمن عادة جلسات العلاج النفسي الجمعي برامج تعليمية بالإضافة إلى البـرامج العلاجية والتي تعتمد على العديـد مـن الفنيـات العلاجيـة السلوكية مثل: توكيد الذات/ الاسترخاء/ التطمـين/ التـدعيم وخصاصة العديد من الأفكار السلبية لدى المسن واسـتبدالها بأفكار أكثر إيجابية وهكذا.

والخلاصة أنه يمكن تطبيق العلاج النفسي الجمعي لـدى العديد من الجماعات التي تعاني من أي خطر مثل: مرضى السمنة/ أرباب الشذوذ الجنسـي/ المجـرمين والجـانحين/ الأرامل والمطلقات/ ضحايا حوادث الطرق/ ضحايا الكوارث الطبيعية مثل الزلازل والبراكين والعواصف وغيرهـا مـن الفئات.

دراسات سابقة في مجال العلاج النفسي:

سوف نذكر مجموعة من الدراسات والخبرات التي قدمت في هذا الشأن وكان الأسلوب السائد للعلاج والتعامـل مـع الأعراض هو أسلوب العلاج النفسي الجمعي.

١ – العلاج الجمعي لمجموعـة مـن الفتيـات المشـكلات لسلافون (١٩٦٥):

استنادا إلى نظرية التحليل النفسي يقدم. ر. س سـلافون تجربة في العلاج الجمعي المستند إلى نظرية وفنيات التحليل النفسي مقدما، إمكانية أن نتعامل مع المضطرب من خـلال محورين هما: العلاج الفردي والعلاج الجمعي، وأن استمرار الفرد في أي نوع من العلاج يتوقف على طبيعة المشكلة التي يعاني منها الشخص، إضافة إلى أن العلاج الجمعـي ينمـي

لدى الشخص قيام الروابط والتفاعل بينه وبين جماعات أوسع نطاقًا من الناس، إضافة إلى منعه(المريض) من الاتكال أو الاعتماد على المعالج، إضافة إلى العديـد مـن المميـزات الأخرى ويبدأ سلافون بتقديمه أفراد مجموعته العلاجية وهن سبع فتيات مشكلات، موضحا طبيعة وتشخيص مشكلة كـل فتاة على حدة وهن من الجانحات المراهقات. وسوف نقدم – نموذجا – حالة من الحالات اللاتي حضرن جلسات العـلاج النفسي الجمعي وهي حالة برثا والتي كانت تهمل مظهرهـا إضافة إلى أنها كانت محايدة، أي تتحدث في كافـة الأمـور دون انفعال، وكانت كثيرة الهرب من المدرسة، وشكوى الأم منها أنها: صاخبة، تسرق النقود من أخت لها أكبـر سـنًا، وذات طبع حاد سريع التهجم، إضافة إلى أنها كانت كثيـرة التأخر، كثيرة الكذب، تصـادق بعـض الأشـخاص غيـر المرغوب فيهم، وحين تقع في مأزق تذكر ا وتستعين بـه في المأزق فقط ... وهكذا عني سلافون في وصف العديـد من السمات منتهيا إلى التشخيص التالي لحالتها: اضـطراب سلوكي، من نمو الخلق والعادات، وأعراض عصابية، ثم بعد أن يصف كل حالة من حالات الفتيات الجانحات/ المشكلات،

يقدم نموذجا لسجل الجلسة الثالثة والثلاثين وكيف دار التفاعل بين هؤلاء الفتيات أو أهم القضايا التي أثيـرت، والتغيـرات التي قدمت سواء من قبل المعالج أو مـن خـلال الفتيـات أنفسهن ثم يقدم بعد ذلك تفسير الطبيعـة لكـل حالـة، مـع الاهتمام بذكر الأحلام وتفسيرها وكذا الهفـوات والصـراع والشعور بالإثم وغيرها من مفاهيم التحليـل النفسـي لهـا "ولدجريثوالد " ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٦٥، من ٣٠٨ – ٣٤٢).

٢ – دراسة صفاء الأعسر عن: دور المناقشة الجماعية في تخفيض مستوى القلق – دراسة تجريبية (١٩٩٧): -

حيث هدف البحث إلى تحديد بعض الإجراءات العلاجيـة المبسطة المستمدة من مواقف العلاج التقليدي لتقدير كفاءتها في تخفيض مستوى القلق وذلك في مجموعات من طالبـات المدارس الثانوي من الأسوياء ولكـن مـن ذوي الـدرجات المرتفعة على عامل القلق. ولتحقيق هـذا الهـدف اتبعـت الخطوات الآتية: -

أولاً: تحديد المتغيرات المستقلة أي الإجراءات العلاجيـة المستخدمة في البحث وهي: تقديم المعلومـات عـن

القلق/ مناقشة أفراد الجماعة في مشكلات يختارونها دون تدخل القائد/ تعبير أفراد الجماعة عن مشكلاتهم بالكتابة عنها.

ثانيا: اختبار " I P a t " للقلق.

ثالثًا: الحصول على عينة من الأفراد عددها ١٧٤ طالبة، متوسط أعمارهن ١٧ سنة، ٦ أشهر وتطبيق اختبار القلق لتحديد الأفراد ذوات الدرجات المرتفعـة مـن القلق.

رابعا: تم تحديد ٤٠ طالبة، وتقسيمهن عشوائيا إلى أربـع مجموعات استخدام ثلاث منهن كمجموعات تجريبية، والرابعة كمجموعة ضابطة.

خامسا: أخضعت كل مجموعة تجريبية لأحد الإجـراءات العلاجية الجماعية ولم تخضع المجموعة الضـابطة لأي إجراء.

سادسا: إعادة إجراء اختبار القلـق علـى المجموعـات التجريبية الضابطة لمعرفة مقدار التغير في مستوى القلق وذلك بعد الانتهاء من تقديم المتغيرات المستقلة مباشرة.

سابعا: تتبع النتائج بإعادة تطبيق نفس اختبار القلق على المجموعات التجريبية الضابطة بعد فترة ٤٠ يوما لمعرفة درجة ثبات النتائج التي حصلنا عليها.

النتائج: وتلخصت في: -

أ – أن الإجراء العلاجية الجماعية الخاصة بتقديم معلومات عن القلق تؤدي إلى خفض مستوى القلق لدى العينة المستخدمة في البحث وأن هذا الانخفاض يستمر بعد توقف تقديم المعلومات بأربعين يوما.

ب – أن الإجراء الجماعي العلاجي الخاص بمناقشة الجماعة لمشكلاتها يؤدي إلى خفض مستوى القلق لدى عينة البحث إلا أن هذا الانخفاض لا يستمر، أي متوسط درجات هذه المجموعة التجريبية عاد للارتفاع بعد ٤٠ يوما من الانتهاء من تقديم هذا الإجراء العلاجي الجماعي.

ج – أن هذا الإجراء العلاجي الجماعي الخاص بتعبير الأفراد عن مشكلاتهم بالكتابة لا يؤدي إلى تغيير في مستوى القلق لدى عينة البحث.

د – تحدثت الباحثة عن العديد من الإجراءات العلاجيـة التي اتبعتها مع المجموعة التجريبية من قبيل كيفيـة التعبير عن المشكلات وتصنيفها، وتقديم اقتراحـات لحل المشكلة المعروضة وغيرها من الفنيات (صفاء الأعسر، لـويس مليكـة، ١٩٧٠ مـن ص ٢٨٠: ٢٩٣).

٣ – العلاج النفسي الجمعي للمدمنين: -

حيث تعرضت لثلاث تجـارب أو دراسـات اسـتخدمت العلاج الجمعي مع فئات المدمنين:

أ – دراسة فاروق عبد السلام (١٩٧٧): حيث تناول في أطروحته للدكتوراه والمعنونـة: العوامـل النفسـية والعلاجية المرتبطة بتعاطي الأفيون، وقـد تكونـت عينة دراسته من (٤٢) حالة واستمرت الدراسـة لمدة ٦ شهور وقد استخدم العديد مـن الاختبـارات النفسية وعقد (١٧) جلسة علاجية مـع المـدمنين اعتمدت على المناقشات الجماعية وفيما يتعلق بنتائج المجموعة التي حضرت جلسات العلاج الجمعي فقد زادت درجة استبصارهم بأنفسهم والتي انعكست في

نظرتهم إلى البيئة بصورة أقل عدائية وفي رغبـتهم التعامل بنجاح مع من يحيطون بهم، كذلك قـد زادت لديهم درجة الطمأنينة الانفعالية، وكذا ظهـور مـا يسمى بالفطام النفسي عن المخدر (وهو في التحليل النهائي – ووفقًا لنظرية التحليل النفسي – فطام عن الأم وإلى حد ما قد زادت درجة الاستقلالية، وكـذا التخفيف من مشاعر الإثم والقلق والاكتئـاب والتـي تعد مشاعرها دافعة للتعاطي. ولعـل هـذه النتـائج الإيجابية قد ظهرت في المجموعة التـي حضـرت جلسات العلاج النفسي الجمعي مقارنة بالمجموعـة التي لم تحضر حيث قلت ظهور مثل هـذه النتـائج الإيجابية (فاروق عبد السلام، من ص " ٣٠٥: ٣١١ ").

ب – خبرة يحيى الرخاوي فـي العـلاج الجمعـي مـع المدمنين (١٩٩٣): في كتابه "الإدمان بين المجتمع الأوسع والمجتمـع العلاجـي" (١٩٩٣) تحـدث الرخاوي عن المحاور المختلفة للعلاج التـي تقـدم للمدمن ومنها: العلاج النفسي الجمعي حيث يذكر – من خلال الخبرة – الملاحظات الآتية: -

١ – أغلب المدمنين يحرصون على حضـور الجلسـات الجمعي لدرجة أخذت تشككنا في أنهـم يحضـرون بمستوى معقلن أكثر منه مستوى معاش.

٢ – يتفاعل المدمن في العلاج الجمعي بسهولة في " هنا والآن ".

٣ – يتحاور المدمن أكثر من المرضى الآخـرين غيـر المدمنين أثناء العلاج الجمعي في حين يتجنب قلـيلاً أو كثيرا المدمنين الآخرين.

٤ – سرعان ما يحذق المدمن دور المعالج المباشـر، ولا يلحظ ذلك أكثر من المرضى. أو المدمن بهذا ينفـي عن نفسه تهمة المرض. وكذلك يبرر لنفسـه لمـاذا تجمعه مستشفى واحد مع من هو ليس مثلهم ثم أنـه في نفس الوقت يحظى بما يملأه رضا وتعويضا لما قام به في تصوره من مساعدة الآخرين.

٥ – كثيرا ما يلبس المدمن دور الناجح الأمـين وكأنـه يكرر الدور الفاشل الذي قامت به السـلطة الواليـة خاصة تجامعه في الخارج وهو الدور الذي أدى بـه ضمنًا إلى ما هو عليه.

٦ – يسهل على المدمن القيام بدراما متوسـطة أو لعبـة علاجية سريعة.

٧ – عند المدمن – عادة – قدرة جاهزة تستطيع محو كل أو أغلب ما يصله من صدق المحاولة وألم التعـري وجد المواجهة.

٨ – إن ما سبق لا ينطبق على كافـة المـدمنين نظـرا لاختلاف طبيعتهم إلا أن الاندماج في العلاج الجمعي إلى درجة العمق تقود إلى الامتناع عـن التعـاطي (يحيى الرخاوي، ١٩٩٣، ٢٠١: ٢٠٣).

ج – تجربة لطفي فطيم: عن جماعات العـلاج النفسـي لمدمن المخدرات (١٩٩٤): -

في كتابه العلاج النفسي الجمعي (١٩٩٤) يتحدث لطفي فطيم في الفصل العاشر عن العلاج النفسي لمدمن المخدرات حيث يناقش أهمية العلاج النفسي لجماعة المدمنين مشيرا إلى قضية هل المدمن مريض أم منحرف؟. متحدثا أيضـا عـن برنامج المدمن المجهول بخطواته الاثني عشر، وكذا استخدام العديد من الفنيات لمواجهة العديد من ميكانيزمات الدفاع لدى المدمن وأهمها ميكانيزم الانكسار والإسقاط مركـزا علـى

ضرورة أن يعي من يتصدى لعلاج الإدمان بكافة هذه الحيل والألاعيب حتى يتجنب حصول المدمن علـى مكافـأة مـن سلوكه أو عليه أن يلقي بمسئولية اتخاذ القرار عن الامتنـاع كلية على عاتق المدمن. محددا طبيعة المسئوليات التي تقـع على عاتق من يقود العلاج الجمعي لجماعات المدمنين فـي الخطوات الآتية: -

١ – لا يجب أن تتم التداخلات من جانب المعالج وحـده، حبذا لو احتوت الجماعة علـى معـالج مشـارك أو مساعد، وعلى القائد أن يحشد بقية أعضاء الجماعـة وغيرهم لمساندته.

٢ – لا تشبه جماعات المدمنين العلاجية بقية جماعـات العلاج الجمعي التقليدي ولذلك يجب التخلـي عـن بعض القواعد المعروفة، وعلى قائـد الجماعـة أن يحدد أهدافًا بعينها لكل جلسة وعليه أن يسير بنمـو الجماعة في كل جلسة بحيـث يزيـد مـن درجـة المواجهة ويتناول مستويات أعمق فأعمق من أفكـار المريض.

٣ – يركز القائد في الجلسات علـى مـا هـو واضـح وملموس وغير قابل للجدل وهذا هو المكون الأهـم لكل التدخلات.

٤ – يجب خلق جو من الاهتمام والرعايـة وهـذه هـي المهمة الأولى لقائد الجماعـة ولا يجـب اسـتخدام المواجهة حتى يتضح الجو العلاجي، فإذا لم يخلـق ذلك الجو ستظل الجماعة تدور فـي إطـار الجـدل والمقاومة والدفاع.

٥ – يجب أن ينطلق المعالج من أسـاس حـازم بدايـة ونهاية، وأساليب محددة يلتزم بها الجميـع وبالتـالي تكون التداخلات مقدمة للالتحاق ببرنـامج العـلاج المعين وأن تكون هناك عواقب وخيمة تنتظر هؤلاء الذين يرفضون الاستمرار في العلاج.

٦ – على قائد الجماعة في هذا النوع من الجماعـات أن يدرك أن هناك سلسلة من الأعمال والمهام المتتاليـة والمترتبة على بعضها البعض وأول هذه المهام هي التخلص من استعمال المخدر.

٧ – على قائد الجماعة أن يقود كل عضو بحيث يمر بما نسميه الخبرة الانفعالية التصحيحية أي إعادة المرور بالخبرة في ضوء جديد، وهدف العـلاج فـي تلـك المرحلة ليس الوصول إلى الاستبصـار – أي نقـل المادة من اللاشعور إلى الشـعور – إنمـا اسـتعادة الخبرات القديمة أمام الجماعة بحيث يعاد الإحسـاس بها ولكن بعقل أكثر نضـجا ورشـدا وتعففًـا عـن المخدر. (لطفي فطيم، ١٩٩٤، ١٩١: ٢١٨).

رابعا: العلاج النفسـي الجمعـي والاضـطرابات النفسـية والعقلية:

وسوف نذكر بعض الدراسات ومنها: -

١ – دراسة أحمد خيري حافظ/ مجدي حسن محمود عن: أثر العلاج النفسي الجمعـي فـي تخفـيض القلـق والسلوك العدواني وازدياد الثقة بالنفس وقـوة الأنـا لدى جماعة عصابية " دراسة تجريبية (١٩٨٩) ":

- حيث شملت عينة الدراسة مجموعة مـن طـلاب جامعة عين شمس ممن تقدموا إلى العيـادة النفسـية بكلية الآداب يلتمسون العلاج مما يعانون منـه مـن

بعض الأعراض العصابية في العام الجـامعي ٨٧/ ١٩٨٨، وتكونت العينة مـن خمسـة عشـر فـردا (خمسة ذكور وعشر إناث) ومتوسط عمر الجماعة ١٩ عاما بانحراف معياري قدره ١,٦٦، وقد تمـت موافقة كل عضو على قبوله للعلاج الجمـاعي قبـل تشكيل الجماعة، وقد استخدم الباحثـان عـددا مـن الأدوات مثل: مقياس بص ودوركي للعدوان، مقياس قوة الأنا، مقياس عدم الثقة بالنفس، مقياس سمة القلق للكبار وقد تم تطبيق المقاييس الأربعـة قبـل بـدأ جلسات العلاج النفسي الجماعي، ثم أعيد تطبيقها بعد انتهاء الجلسات، وقـد اسـتمرت جلسـات العـلاج الجمعي لمدة خمسة أشـهر بواقـع جلسـة واحـدة أسبوعيا، وكانت الجلسة تستغرق سـاعتين تقريبـا، ولعل أهم النتائج أن عملية العلاج النفسي الجماعي – كمتغير مستقل – قد حققت تحسنًا حقيقيا وتطورا نحو الشفاء، وأن بعض المتغيـرات التابعـة (السـلوك العدواني وقوة الأنا) قد تـأثرت بـدخول المتغيـر المستقل عليها، أما المتغيرات التابعة الأخـرى لـم

تتأثر بصورة جوهرية فقد قدم الباحثان ما يبرر ذلك في إطار الظروف التي جرى فيها التطبيق (أحمـد خيري حافظ/ مجدي حسن محمود، ١٩٨٩، من ص ٤٠: ٤٥).

٢ – دراسة أحمد خيري حافظ/ مجدي حسن محمود عن: أثر العلاج النفسي الجمعي في ازدياد تأكيـد الـذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية: دراسـة تجريبيـة، (١٩٩١): - حيث هدفت الدراسة إلـى التعـرف على أثر عملية العلاج النفسي الجمعي ومـدى مـا تحرزه من تحسن نحو الشفاء لـدى جماعـة مـن العصابيين وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من طلاب جامعة عـين شـمس وعـددهم (١٥) (٣ ذكور، ١٢ إناث) تراوحت أعمارهم ما بـين ١٨ – ٢٤ عاما بمتوسط ٢٠,٥٣ والانحـراف المعيـاري ١,٥٥ وقد تمت موافقة كل عضو علـى الانضـمام للجماعة، وقد استخدمت الأدوات الآتية: مقياس تقدير

الذات، اختبار توكيد الذات، مقياس الشعور بالـ ذنب، استفتاء ماسلو للطمأنينة الانفعالية.

وقد استغرقت جلسات العلاج النفسي الجماعي نحو خمسة أشهر بواقع جلسة واحدة أسبوعيا، ومدة كل جلسة سـاعتان تقريبا وقد كان من أهم النتائج أن العلاج النفسي الجماعي ذو تأثير فعال لدى أفراد الجماعة فيما يتصل بتأكيدهم لـ ذواتهم، وتقديرهم لها، وانخفاض شعورهم بالذنب وانعدام الطمأنينـة الانفعالية لديهم، (أحمد خيري حافظ/ مجدي حسن محمـود ١٩٩٠، ٨٤: ٩٥).

٣ – دراسة محمد عبد الواحد رياض عن: مدى ملائمـة العلاج السيكودرامي لمرضى الاضطرابات النفسـية (العصاب) (١٩٩٤) حيث تكونت عينة دراسـته من المرضى المترددين على العيادة النفسية خـلال شهر مارس ١٩٩٢ فـي أحـد العيـادات الملحقـة بمستشفى في المملكة العربية السـعودية، وقـد تـم الحصول على (٤٠) مريضا. تكونت مـن (٨) أفراد جميعهم من الذكور وأن يتراوح العمر من ١٨ إلى ٦٥ عاما وأن يكونوا من المرضـى النفسـيين

المترددين على العيادة النفسـية لأول مـرة، وقـد اسـتخدم الباحـث العديـد مـن الأدوات مثـل: - التشخيص من خلال المقابلـة الإكلينيكيـة، اختبـار هاملتون لكل من الاكتئاب والقلق، اختبار الشخصية المتعددة الأوجه (Mmpi) التقسيم الذاتي للمريض من قبل أسرته، وكان تشخيص الحالات كـالآتي: ٥ حالات عسر المزاج، ٣ حالات إرهاب اجتمـاعي، وقد قام بعد ذلك لتجديد المدة الزمنية حيث استغرقت ١٤ جلسة على مدى ثلاثة شهور، وتستغرق الجلسة ما بين ٩٠ إلى ١٢٠ دقيقة مـن العـلاج النفسـي الجماعي السيكودرامي، أما عن أهـم النتـائج فقـد تلخصت في:

١ – تقبل المجموعة للعلاج السيكودرامي.

٢ – أن العلاج السيكودرامي (والتي اسـتمرت ثلاثـة أشهر) قد ساعد على انخفـاض أعـراض القلـق والاكتئاب وقد تم التأكد من ذلك عن طريق تطبيـق العديد من المقاييس قبل وبعد الجلسات السيكودرامية وكذا مقارنة نتائج العلاج السيكودرامي بنتائج العلاج

الدوائي واكتساب المرضى (مجموعة العلاج السيكودرامي) أساليب سلوكية جديدة واستبصارا بذواتهم (محمد رياض، ١٩٩٤).

خامسا: العلاج النفسي الجمعي للأطفال:

حيث تقدم كاميليا عبد الفتاح في كتابها: سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال القائمة على استخدام الأدوات والألعاب وقدمت نموذجا لجلسات علاجية مع عدد من الأطفال اللقطاء الذين يعيشون في إحدى المؤسسات وأن العلاج الجماعي يتم باستخدام تكنيك اللعب وتم اختيار هذا الأسلوب للأسباب الآتية: -

١ – إتاحة الفرص للأطفال ليجدوا نشاطًا حرا تلقائيا يمهد لعملية التوافق الذاتي والاجتماعي. وهذا النوع من العلاج أنسب من غيره مع أطفال هذه المؤسسة لأنهم يفتقدون إلى العلاقات الاجتماعية بحكم عزلتهم عن مجتمع المدينة العادي.

٢ – أن عزل طفل للعلاج الفردي عن باقي الجماعة الكبيرة قد يثير شيئًا من التساؤل والفضول عن باقي الأطفال حيث إنهم يراقبون ما يجري حولهم مما قد

يعطل سير العلاج ويخفف حدة الدهشة وجود عـدد من الأطفال يلعبون وهم في صحبة المعالجة النفسية والتي تظهر بينهم ثلاث مرات في الأسبوع.

٣ – أن هدف العلاج النفسي الجماعي باللعب هو: -

أ – إتاحة الفرص المتنوعة للتعبير عن الدوافع.

ب – الاهتمام بالعملية العلاجية بغض النظـر عـن العمل الجماعي بمعنى الاهتمام بالطفل ونضـجه وليس بالجماعة.

٤ – أن مدة العلاج ٦ أسابيع بمعدل مرتين أسبوعيا ومدة الجلسة ساعة واحدة.

٥ – وقد تكونت الجماعة من ٤ بنات، حولن للعلاج عن طريق المشرفات وتتشابه ظروف العضـوات مـن حيث إنهن عدن إلى المؤسسة بعد أن كـن يعشـن خارجها مع أسر متبنية وقد قررت الأسر أنهـن لا يستطعن الاحتفاظ بهن. ومن خلال الفنيات العلاجية باللعب والتي تتـيح لهـن لعـب الأدوار والتنقيـب والمعاونة في كسب الاستبصار نجح العـلاج فـي

تعديل العديد من مشاكلهن (كاميليـا عبـد الفتـاح، ١٩٩٨).

** ** **

وهكذا قدمنا في هذا الحيز نماذج ميدانيـة مـن العـلاج النفسي الجمعي في العديد من المجالات: الجنوح، الإدمـان، الأمراض النفسية والعقلية للأطفال وليس هذا فحسـب بـل يمكن أن يمتد تأثير العلاج النفسي الجمعي ليشمل العديد من المجالات وليس فقط الاضطرابات بـل يمكـن أن يسـتخدم العلاج النفسي الجمعي في إكساب العديد من الأفراد المزيـد من المهارات والاستعدادات فـي العديـد مـن المجـالات. والخلاصة أننا نستطيع أن نستخدم العلاج النفسي الجمعي في كافة مجالات النشاط الإنساني بشقيه اللاسوي والسوي.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

ثانيا: المراجع الأجنبية

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أحمد خيري حافظ، مجدي حسن محمـود (١٩٨٩): **أثر العلاج النفسي الجمـاعي فـي تخفـيض القلـق والسلوك العدواني وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنـا لدى جماعة عصابية** " – دراسة تجريبية، مجلة علـم النفس، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، العـدد (١٠)، ص. ص: ٤٠ – ٤٥.
- أحمد خيري حافظ، مجدي حسن محمـود (١٩٩٠): **أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد وتأكيد الـذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية** " – دراسة تجريبيـة، مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، العـدد (١٤)، ص. ص: ٨٤ – ٩٥.
- أحمد عكاشة (١٩٩٨): **الطب النفسـي المعاصـر**، القاهرة، الأنجلو، ط ٦.

- آرثر جونجما، مـارك بيترسـون (١٩٩٧): **خطـة العلاج النفسي**، ترجمة عادل دمرداش، مراجعة لطفي فطيم، الأنجلو .
- ـ إجلال محمد سري (١٩٩٠): **علم النفس العلاجي**، القاهرة،دار الكتب.
- ـ جورج إم غازادا وآخرون (١٩٨٦) **نظريات التعلم – دراسة مقارنة** (الجزء الثاني) ترجمة على حسين حجاج، مراجعة عطية محمود هنا، الكويـت، سلسـلة عالم المعرفة، العدد (١٠٨)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- حامد زهران (١٩٩٧): **الصحة النفسـية والعـلاج النفسي**، القاهرة، عالم الكتب، ط ٣.
- حسام الدين عزب (١٩٨١): **العلاج النفسي الحديث – تعديل السلوك**، القاهرة، الأنجلو.
- حسين عبد القادر (١٩٧٤): **الفصام – بحـث فـي العلاقة بالموضوع كمـا تظهـر فـي السـيكودراما**، القاهرة، ماجستير "غير منشورة" جامعة عين شمس.

- حسين عبـد القـادر (١٩٨٦): **العـلاج الـدرامي والسيكودراما – دراسة فـي المجتمعـات العلاجيـة لمرضى فصام البارانويا**، دكتـوراه غيـر منشـورة، القاهرة، آداب عين شمس.
- حنان حسن نشأت (١٩٩٤): **أثـر اسـتخدام الفـن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي**، دراسة تجريبية، ماجستير غير منشورة، لآداب عين شمس .
- ـ خالـد أبـو الفتـوح شـحاتة (١٩٩٩) **اسـتخدام السيكودراما في تخفيض العدوانيـة لـدى الأطفـال اللقطاء مجهولي النسب لسن مـا قبـل المدرسـة،** ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة.
- ديفيد. ر. همسلي (٢٠٠٠): **فحص وعلاج الفصـام في كتاب :مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين،** تحرير: ليندزي بول، وترجمة صوت فرج، القـاهرة، الأنجلو المصرية ،ص. ص ٣٤١ ـ ـ ٣٨٠ .ـ ـ

رشدي فام منصور (٢٠٠٠):**لم النفس العلاجي والوقائي – رحيق السنين**، القاهرة، الأنجلو.

- سعد جلال (١٩٨٦): **في الصحة العقلية – الأمراض النفسية والعضلية والانحرافات السلوكية**، الإسكندرية، دار الفكر، ط ٢.
- سهام درويش أبو عيطه (١٩٨٨): **مبادئ الإرشاد النفسي**، الكويت، دار القلم.
- سوزانا ميلر (١٩٨٧): **سيكولوجية اللعب**، ترجمة حسن عيسى، مراجعة محمد عماد الدين إسماعيل، الكويت، سلسلة عالم المعرفة العدد رقم (١٢٠) ديسمبر، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- صالح حزين السيد (١٩٩٦): **سيكوديناميات العلاقات الأسرية: النظرية – النموذج – التكنيك**، القاهرة، جامعة عين شمس.
- صبري جرجس (١٩٦٧): **من الفراعنة إلى عصر الذرة – سطور في قصة الصحة النفسية في مصر**، القاهرة، دار الكاتب العربي للطباعة والنشر.

- صفاء صديق خريبة (١٩٩٨): **مدى فعالية العلاج الجمعي بالتحليل النفسي في علاج مشاعر الذنب والخزي لدى مرضى الإدمان،** دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.
- عادل كمال خضر (١٩٩٦): **ترتيب رسم الشكل الإنساني – الذكري والأنثوي في اختبار رسم الشخص ودلالته الإكلينيكية،** القاهرة، مجلة علم النفس، ع ٣٨، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص. ص ٦٨ – ٨١.
- عادل كمال خضر (١٩٩٩): **استخدام اختبار الشخص في التشخيص والعلاج النفسي،** القاهرة، مجلة علم النفس، ص. ص ٩٢ – ١٠٨.
- عادل محمد هريدي (١٩٩٧): **اتجاهات الوالدين نحو لعب الأطفال – دراسة غير حضارية،** القاهرة، مجلة علم النفس، ع ٤٣، سبتمبر، ص. ص ٩٠ – ١١٩، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- عايدة عبد الحميد (١٩٩٠): **العلاج بالفن – مدخل نفسي تنموي لرعاية الطفل المتخلف عقليا – دراسة**

حالات، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، ع ١٤، ص. ص ١٧ – ١٥٤.

- عايدة عبد الحميد (١٩٩٢ أ): **الفن والإرشاد النفسي في التعليم العـام**، المؤتمر الرابع بكلية التربية الفنيـة جامعة حلوان " الفن وثقافة المواطن "، فبراير، مجلـد ١، ص. ص ٧٣ – ٨٩.
- عايدة عبد الحميـد (١٩٩٢ ب): **العـلاج بـالفن: النظرية والتطبيق والاستفادة به في مجـال التربيـة الفنية**، المؤتمر العلمي الخامس، كلية الفنون الجميلـة جامعة المنيا " مستقبل الفن والثقافة في صعيد مصر "، أبريل، ص. ص ٧٧ – ٩٦.
- عبـد السـتار إبـراهيم (١٩٨٧): **علـم الـنفس الإكلينيكي: منـاهج التشـخيص والعـلاج النفسـي**، الرياض، دار المريخ السعودية.
- عبد السـتار إبـراهيم (١٩٩٨): العـلاج النفسـي السلوكي المدخل الحديث، القاهرة، مطبعة الموسـكي، ط ٢.

- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الـدخيل، رضـوى إبراهيم (١٩٩٣): **العلاج السلوكي للطفل: أسـاليبه ونماذج من حالاته**، الكويت، عالم المعرفة العدد رقـم (١٨٠) ديسمبر، المجلد الـوطني للثقافـة والفنـون والآداب.
- عبلة حنفي عثمان (١٩٨٦): **سيكولوجية الفن فـي مصر**، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، الجمعيـة المصـرية للدراسـات النفسـية، الأنجلـو المصرية، ص. ص ٣٢٦ – ٣٥٩.
- علاء الدين كفـافي (١٩٩٧): **الصـحة النفسـية**، القاهرة، هاجر للطباعة والنشر، ط ٣.
- علاء الـدين كفـافي (١٩٩٩ أ): الأسـرة: **عـلاج التفاعلات الأسرية ١ – التشخيص**، القـاهرة، مجلـة علم النفس، العدد (٥٠) يونيـه، الهيئـة المصـرية العامة للكتاب، ص. ص ٢٠ – ٤١.
- علاء الدين كفافي (١٩٩٩ ب): **علاج الأسرة: ٢ – العلاجات التحليلية والسلوكية والنفسـية**، القـاهرة،

مجلة علم النفس، العدد (٥٢) ديسمبر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص. ص ٦ – ١٩.

- فاروق محمد صادق (١٩٨٢): **سيكولوجية التخلف العقلي**، الرياض، عمادة شئون المكتبات، جامعة الملك سعود، ط ٢.

- فرج محمد الهوني (١٩٨٦): **تاريخ الطب في الحضارة العربية الإسلامية**، ليبيا، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.

- كامليا عبد الفتاح (١٩٩٨): **سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال**، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

- لطفي فطيم (١٩٩٤): **العلاج النفسي الجمعي**، القاهرة، الأنجلو المصرية.

- لويس مليكة (١٩٨٢): **دراسة الشخصية عن طريق الرسم**، القاهرة، دار النهضة المصرية، ط ٢.

- لويس مليكة (١٩٩٤): **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**، القاهرة، دار النهضة العربية، ط ٢.

- لويس مليكة (١٩٩٦): **التحليل النفسي – المـنهج الإنساني في العلاج النفسي**، القـاهرة، دار النهضـة العربية.

- لويس مليكة (١٩٩٧): **العـلاج النفسـي** – مقدمـة وخاتمة، القاهرة، الناشر المؤلف.

- محمد حسن غـانم (١٩٩٨): **المـدمنون وقضـايا الإدمان** – دراسة نفسية استطلاعية، مجلة علم النفس، ع ٤٦، السـنة ١٢، ص. ص ٧٤ – ٨٧، الهيئـة المصرية العامة للكتاب.

- محمد حسن غانم (١٩٩٩): **إسهام البحوث المصرية في دراسة الإدمان** – دراسة في تحليـل المضـمون للبحوث الميدانية من عام ١٩٦٠ حتى عـام ١٩٩٧، مجلة علم النفس، ع ٥٢، السـنة ١٣، ص. ص ١٥٠ – ١٦٣، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- محمد حسن غانم (٢٠٠٠): **الدافعية للعـلاج لـدى المدمنين** – دراسة نفسية مقارنة، القـاهرة، المجلـة المصرية للدراسات النفسـية، ع ٢٥، م ١٠، ينـاير، ص. ص ٣١ – ٤٦.

- محمد حسن غانم (٢٠٠٠) **الزواج العرفي – مفهوم سيكولوجي**، القاهرة، دار أتون للنشر.
- محمد حسن غانم (٢٠٠١): **برنامج علاج نفسي لمدمن يعاني من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات**، مجلة كلية الآداب، جامعة أسيوط، ع ٧ يوليو، ص. ص ٢٧٨ – ٣٠٦.
- محمد رياض (١٩٩٤): **مدى ملاءمة العلاج السيكودرامي لمرضى الاضطرابات النفسية (العصاب)**، القاهرة، رسالة دكتوراه قدمت لكلية الطب، جامعة الأزهر، قسم الأمراض النفسية، غير منشورة.
- محمد شعلان (١٩٧٩): **الاضطرابات النفسية في الأطفال** ج ٢، القاهرة، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والوسائل التعليمية.
- محمد شعلان (١٩٩٦): **العلاج النفسي**، القاهرة، مجلسة النفس المطمئنة، ص. ص ٣٤ – ٣٥.

- محمـود السـيد أبـو النيـل (١٩٨٤): **الأمـراض السيكوسوماتية – في الصحة النفسية**، بيـروت، دار النهضة العربية.
- محيي الدين أحمد حسين (١٩٩٤): **إعادة التأهيـل والدمج الاجتماعي لمتعاطي المخدرات**، القاهرة، الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمـان (٢٩ – ٣٠ أكتوبر)، منشورات المركـز القـومي للبحـوث الاجتماعية والجنائية، ص. ص ٢٥١ – ٢٧٨.
- مدحت أبو زيد (١٩٩٨): **الفروق بين ذوي العـلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معتمدي الهيروين فـي بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسي الجمـاعي**، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع ٨، ص. ص ٢٠٩ – ٢٩٣.
- مصطفى سويف (١٩٩٦): **المخدرات والمجتمـع – نظرة تكاملية**، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٢٠٥)، المجلد الوطني للثقافة والفنون والآداب.

- مصطفى سويف (١٩٩٦): **مشكلة تعاطي المخدرات (بنظرة علمية)**، القاهرة، مكتبـة الأسـرة، الهيئـة المصرية العامة للكتاب.
- نبيلة ميخائيل يوسف (١٩٩٩): **العلاج بالموسـيقى**، القاهرة، غير مبين دار النشر.
- يوسف عبد المنعم الجداوي (١٩٩٠): **دراسة تـأثير الموسيقى على السلوك العـدواني لـدى المتخلفـين عقليا**، ماجستير غير منشورة، كلية الطـب، جامعـة الأزهر.

ثانيا: المراجع الأجنبية

- Bandura , (1961) **Psychotheropy as a learning process. psychological bulletin** , 2 , 143 – 157.
- Blatner (1988). **foundations of psychodrama** New York k Springer Publishing Co.
- Bowen (1994) **Family therapy in clinical practice**. Jason aronson. ric. New Jersy.

- Bowen ' L Dysinger , Brodey , Basamamac. (1961): The family as the unit of study , New York , Braziller.
- Brammer , Abrego. of Shostrom (1993): **therapeutic counseling and psychotherapy** prentice – Hall , hic.
- Critchley , Macdonald and Hanson (EDS) (1977). **Music and Brain**: Studies in the Neurology of music. London , William Heinman.
- Dare , (1988) **Psycho analytic Family therapy. in streer. E. Dryden , W. Family therapy in Britin**. open university press philladdphiq , p. p: 23 – 51.
- Denny , (1975) **Art thenopy in theory and practice**. New York schocken boss.
- Deutsch (Ed) , (1982) **the psychology of music** New York: Academic press.
- Fishman , Franks (1992). **Evolution and Differe natiation withie behavior therapy**: A theoretical and epistemological reviw in Donald Freedhaeim (Edda American psychological Association , Washington , Dc , pp: 159 – 196.

- Framo (1982) **explorations in martol and family therapy: selected papers of Jomes** , vol 3 , New York Brunner , Masel.
- Garda (1978). **Group counseling: Adevelopnental Approach** , N. Y Allyn and Bacon.
- Gold stein (1973). **Behavior therapy in Rcorsini** (Ed), Current psychotherapies. I tasca , III , PEACOCK pable.
- Golde. N , Thantzian , Mcavlife (1994) Group **therapy in text book of substance abuse treatment , Ed's Marcglanterf Hevbert** D Kleber. the American psychiatric press , pp: 303 – 314.
- Gurein chbot (1992): **development of family system theory in: Donald , Freedheim (Ed). History of Psychotherapy**, american **Psychotherapuy , American psychological association** , Washington , Dc , pp: 225 – 260.
- Hollander , kazaoka (1988). **Behavior therapy groups in lagled six group therapies** , New York Wiley.

- Keller (1993): **The difficult Depressed Patient in Perspective** , Journal of Clinical Psychatry, Memphis , vol. 54 , Excl Perpta Medica.
- Klapman (1986). **Group therapy: theory and practice**: New York U.S.A.
- Lvtz (1986) **The Psychodramatic Treatment of dreems. Group analysis** , 19 , pp: 139 – 146.
- Maclay (1970) **Treatment of Childern Gearge Allen of Uniwin Ltd** , London.
- Minuchin , fisherman (1981): **Family therapy technigues** Cambridge Maharvard University.
- Newell (1981) **Play therapy in child psychiatry** American Journal of orthopsy chiatry U.S.A.
- Robert , Pandura and Valevie (1999) **Why people use , abuse and Become dependent on Drugs?** Pp: 114 – 148.
- Slavs on (1950) **Analytic group psychotherapy,** New York: Clumbia University press.
- Wheeler (1981). **The relation ship between music therapy and theories of**

psychotherapy Musictherapy , 1 , p: 9 – 16.

- Wierzbickic , (1999) **Introduction to clinical psychology – scientific foundations to clinical practical** , Allyn and Bacon London pp: 326 – 336.
- Woolman (1970): **The Families of Schizphrenics patients**. Actapsy chiatry , p.p: 193 – 210.
- Yalom (1985) *The theory and practice of group psychotherapy (3rd ed). Basic Books.
- Zeig & Minnon (ed) (1990) **What is Psychotherapy** , Josay Ban.

